

LA REFERENCE





HANDICAP | DOULEUR

SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT

EDITION 2017



Benoît ALLIGNET
Etienne CLEQUIN



- Conforme au programme des iECN 2016
- Mots-clés et objectifs au début de chaque item
- Derniers décrets ministériels et réformes législatives
- Derniers scores et nomenclatures
- Dernières conférences de consensus et recommandations HAS
- Arbres et schémas explicatifs
- Encadrés « pour mieux comprendre », « zéros et mots-clés »
- Sujets tombés aux ECN



Notre histoire

Fondé en 2009 par des étudiants en médecine et des résidents,sba-medecine est un site Web éducatif à but non lucratif ayant une seule mission: aider les étudiants en médecine à devenir médecins ... du théorie à la pratique.

Qui sommes-nous et pourquoi faisons-nous tout cela gratuitement?

dr.adrenaline, fondateur bénévole des médecins, résume notre vision: «Nous avons fondé le site pour fournir de l'information gratuite, indépendante et impartiale aux étudiants de médecine des pays francophone.

Nous sommes en mesure d'offrir le site gratuitement aux étudiants . De la préparation aux épreuves aux voyages, les étudiants ont beaucoup de dépenses pendant leur cycle - nous n'avons pas besoin d'ajouter à cette dépense. Tout ce que nous faisons, nous offrons gratuitement . Cela ne changera jamais, en fait, il ne peut pas changer ... sba-medecine est un but non lucratif, fournissant ces services est notre mission. "

Qui utilise SBA-MEDECINE?

SBA-MEDECINE est géré par un petit groupe de bénévoles et de personnel à temps partiel. Tous les directeurs, modérateurs du forum et administrateurs sont des bénévoles.

Nos bénévoles se sentent obligés de servir et d'aider ceux qui viennent après nous. Être un médecin est une excellente profession, nous voulons aider autant d'étudiants que possible à devenir d'autres fournisseurs de soins de santé.

Comment puis-je vous aider?

Vous pouvez aider en faisant du bénévolat. Nous recherchons généralement des volontaires qui sont déjà dans les facultés de médecine (médicales, dentaires,pharmacie etc.) ou dans les cabinets médicaux.

Pour faire du bénévolat, veuillez **contacter nous** cliquez ici (contact)
faire un don:*En faisant un don, vous manifestez votre aide de manière concrète.*Votre soutien est un investissement qui nous permet de poursuivre pour faire don **contacter nous ici**

Membres et communautés SBA-MEDECINE

Les membres du SBA-MEDECINE ont créé l'une des communautés les plus actives et les plus encourageantes sur Internet avec des membres qui se font souvent des amis pour la vie. Beaucoup de nos membres ont commencé comme étudiants de premier cycle et pratiquent maintenant des médecins dans tous les domaines de la médecine et de la santé.
Avec des dizaines de milliers de membres actifs et des milliiers de messages, nos membres peuvent répondre à pratiquement toutes les questions que vous pourriez avoir, de l'université à la pratique avancée.

iKB

LA REFERENCE

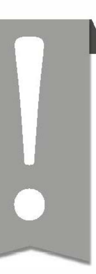
HANDICAP DOULEUR

SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT

EDITION 2017/2018

Benoît ALLIGNET
Etienne CLEQUIN

VG
Editions Vernazobres-Grego
99 bd de l'Hôpital
75013 PARIS - Tél. : 01 44 24 13 61
www.vg-editions.com



AVERTISSEMENT

Les Éditions VG sont en perpétuelle évolution afin de réaliser des ouvrages innovants au plus proche de vos demandes. Malgré toute l'attention et le soin apportés à la rédaction de ceux-ci, certaines remarques constructives peuvent probablement être émises. N'hésitez pas à nous transmettre vos commentaires à l'adresse patrice@vg-editions.com (en nous précisant bien le titre de l'ouvrage et le numéro de la page concernée) ; nous ne manquerons pas de les prendre en compte dans le cadre de la réalisation de nos prochaines éditions.

MENTIONS LEGALES :
Cet ouvrage a été réalisé selon les dernières recommandations scientifiques en vigueur lors de sa publication. Les données médicales étant en permanente évolution, nous recommandons à nos lecteurs de consulter régulièrement les dernières données de pharmacovigilance.
Le prescripteur étant strictement responsable de ses actes, l'éditeur et l'auteur ne pourront en aucun cas être tenus responsables de la prise en charge d'un patient.

Editions Vernazobres-Grego | **99 bd de l'Hôpital**
75013 PARIS - Tél. : 01 44 24 13 61
www.vg-editions.com

AOUT 2017 - ISBN : 978-2-8183-1624-5

TABLE DES MATIERES

UNITE D'ENSEIGNEMENT 1

Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle.

Objectifs généraux :

L'étudiant doit comprendre les déterminants d'une relation efficace entre chacun des membres de l'équipe soignante et le malade et s'adapter aux différentes situations, chez le patient adulte et pédiatrique, notamment en cas de maladie aiguë grave et de maladie chronique potentiellement létales. Il doit savoir prendre en compte l'expression du patient et communiquer pour justifier chaque étape de sa démarche (dimensions préventive, diagnostique, thérapeutique, pronostique, palliative) en s'appuyant sur les données selon leur niveau de preuves. Cette attitude professionnelle dont l'étudiant doit connaître les aspects médico-légaux, respecte la déontologie et les droits des malades.

Il a un devoir de formation tout au long de la vie grâce à l'analyse critique des informations médicales et scientifiques et à l'apprentissage résultant du retour d'expériences.

L'exercice professionnel se doit de respecter un certain nombre d'éléments d'orientation qui peuvent être cliniques (recommandations et les discussions scientifiques évolutives qu'elles suscitent), éthiques (en rapport avec l'évolution des mœurs, de la société, des cultures, des valeurs qui fondent l'exercice médical et des contraintes qui viennent complexifier la décision médicale) et déontologiques ou légales (qui fondent la représentation des professionnels dans l'exercice de leur pratique et leur signifient les limites au-delà desquelles leurs responsabilités, de toutes natures, sont engagées).

UNITE D'ENSEIGNEMENT 3

Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives.

Objectifs généraux :

L'étudiant doit connaître les aspects normaux et pathologiques de la croissance humaine et du développement psychologique. Il doit être capable d'identifier et de savoir prendre en charge les comportements qui témoignent d'une fragilité de l'individu, en particulier à certaines périodes de la vie, afin de prévenir et dépister le passage à des conditions désocialisantes ou pathologiques.

L'étudiant doit connaître les aspects sémiologiques des différents troubles psychiatriques, les approches nosographiques actuelles (classification des troubles psychiatriques) et les modalités générales de prise en charge à tous les stades de ces troubles.

L'étudiant doit connaître les caractéristiques principales 1/ de l'addiction au tabac, à l'alcool, et aux médicaments psychotropes (benzodiazépines et apparentés); 2/ de l'addiction au cannabis, aux opiacés, à la cocaïne ainsi qu'aux autres substances psycho-actives illicites (amphétamines, drogues de synthèse incluant GBL/GHB, cathinones de synthèse, cannabinoïdes de synthèse) 3/ des addictions comportementales et 4/ des conduites dopantes.

1e tour	2e tour	3e tour

Cha pitre	N° de l'item	Intitulé de l'item	Objectifs et programme d'enseignement	Page				
2	54	**L'enfant handicapé : orientation et prise en charge.**	– Argumenter les principes d'orientation et de prise en charge d'un enfant handicapé. – Connaître les filières de prise en charge médicale, médico-sociale et de scolarisation de l'enfant handicapé : décrire le rôle de la maison départementale des personnes handicapées et identifier les interlocuteurs du médecin dans le système éducatif.	7	➡			

UNITE D'ENSEIGNEMENT 4

Perception – Système nerveux – Revêtement cutané.

Objectifs généraux :

L'étudiant doit connaître à partir de ses acquis anatomiques et physiologiques les principales pathologies des organes des sens et du système nerveux, leur physiopathologie, leur sémiologie, les outils diagnostiques, leurs particularités aux différents âges de la vie, les principes thérapeutiques et les situations nécessitant une gestion en urgence.
L'étudiant doit connaître les principales maladies inflammatoires et les anomalies vasculaires congénitales affectant la peau et éventuellement les muqueuses externes. Il doit savoir analyser les caractéristiques d'une éruption cutanée et en reconnaitre les principales étiologies. Il doit connaître la prise en charge diagnostique et thérapeutique des dermatoses inflammatoires les plus courantes.
L'étudiant doit reconnaître les principales pathologies cutanées et muqueuses, les examens utiles pour en préciser le diagnostic et les principes thérapeutiques.

Cha pitre	N° de l'item	Intitulé de l'item	Objectifs et programme d'enseignement	Page		1e tour	2e tour	3e tour
3	97	**Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face**	– Diagnostiquer une migraine, une névralgie du trijumeau et une algie de la face. – Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.	19	➡			
4	98	**Céphalées aiguës et chroniques chez l'adulte et l'enfant**	– Diagnostiquer une céphalée aiguë et une céphalée chronique – Identifier les situations d'urgence et plannifier leur prise en charge – Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.	31	➡			

UNITE D'ENSEIGNEMENT 5

Handicap - Vieillissement - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement.

Objectifs généraux :

À partir des notions générales sur les handicaps et les incapacités, l'étudiant doit comprendre, à propos de deux ou trois exemples, les moyens d'évaluation des déficiences, incapacités et handicaps. L'étudiant doit connaître les notions générales de plasticité sous-tendant la récupération fonctionnelle après lésion de constitution brutale ou progressive. Il doit connaître les bases des programmes de rééducation, de réadaptation et de réinsertion pour la personne en situation de handicap et ses proches, en connaître les principaux risques et contre-indications, et comprendre la prise en charge globale, médico-psycho-sociale, de la personne handicapée dans une perspective d'utilisation optimale des ressources, de réadaptation et de participation à la vie en société.

L'étudiant doit connaître les caractéristiques du vieillissement humain normal et pathologique et les aspects spécifiques des maladies des personnes âgées. Il doit analyser la polypathologie et hiérarchiser ses actions. Il doit savoir discuter le rapport bénéfice/risque des décisions médicales en prenant en compte la personne âgée dans sa globalité, son environnement et ses attentes.

L'étudiant doit savoir différencier une douleur aiguë ou douleur « symptôme » d'une douleur chronique ou douleur « maladie ». Il doit être attentif à écouter, à évaluer et à prendre en charge les souffrances physiques et morales des patients.

L'étudiant doit acquérir les compétences nécessaires en soins palliatifs pour faire face aux situations les plus fréquemment rencontrées lors des phases palliatives ou terminales des maladies graves, chroniques ou létales. L'étudiant doit être capable de construire une délibération, individuelle et collective, et de prendre une décision relative à des investigations, des orientations de parcours et de traitements, un projet social et un projet de vie. Il doit acquérir les compétences nécessaires en soins palliatifs pour faire face aux situations les plus fréquemment rencontrées lors des phases palliatives ou terminales des maladies graves, chroniques ou létales. Il doit être capable de mettre en place et de coordonner les soins palliatifs à domicile ou à l'hôpital chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale.

Chapitre	N° de l'item	Intitulé de l'item	Objectifs et programme d'enseignement	Page		1e tour	2e tour	3e tour
5	115	**La personne handicapée : bases de l'évaluation fonctionnelle et thérapeutique**	– Connaître les principes de la législation française vis-à-vis de la compensation du handicap et de l'accessibilité (Loi du 11 février 2005), et leurs conséquences sur les pratiques médicales (voir item 54). – Évaluer au plan clinique et fonctionnel une incapacité ou un handicap d'origine motrice, cognitive, sensorielle, viscérale ou génito-sphinctérienne (déficit, limitation d'activité et de participation). – Analyser les principales situations de handicap par l'examen clinique, les questionnaires, les échelles génériques ou spécifiques, et les principales techniques instrumentales utilisées en pratique courante. – Acquérir les bases d'évaluation du pronostic et du traitement	37	➡			



			d'une affection incapacitante sur la base des notions générales de plasticité sous-tendant la récupération fonctionnelle. – Savoir organiser le retour ou le maintien à domicile d'une personne handicapée. Connaitre les principales aides humaines professionnelles pouvant intervenir au domicile de la personne handicapée. – Analyser les implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social. – Favoriser le maintien au travail : connaître les bases de l'organisation de la formation professionnelle et de maintien à l'emploi des personnes handicapées (Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH), le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), Pôle emploi).					
6	116	**Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge.**	– Expliquer les principales complications de l'immobilité et du décubitus. – Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.	59	➡			
7	116	**Le handicap psychique.**	– Evaluer le handicap psychique de l'adulte. Analyser les implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social. – Evaluer le handicap psychique de l'enfant et de l'adolescent en matière d'intégration scolaire et d'articulation entre le secteur sanitaire et médico-social. Argumenter les principes d'orientation, de prise en charge et d'aide (MDPH – Auxiliaire de vie scolaire collectif et individuel, Médico-social – intégration scolaire etc…) pour les enfants porteurs de handicap psychique – Argumenter les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques de remédiation cognitive.	78	➡			

			– Argumenter les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques éducatives et d'entraînement cognitif chez les enfants porteurs de handicap psychique.					
8	118	**Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie.**	– Argumenter les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques de rééducation et de réadaptation. – Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie. – Connaître le rôle et les principales compétences des différents professionnels de santé dans le projet de rééducation-réadaptation d'une personne en situation de handicap.	87	➡			
9	131	**Bases neurophysiologiques, mécanismes physiopathologiques d'une douleur aiguë et d'une douleur chronique**	– Reconnaître et évaluer une douleur aiguë et une douleur chronique (douleurs nociceptives, neuropathiques et dysfonctionnelles), chez l'adulte et la personne âgée / peu communicante.	103	➡			
10	132	**Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses**	– Argumenter la stratégie de prise en charge globale d'une douleur aiguë ou chronique chez l'adulte. – Connaître et prescrire les thérapeutiques antalgiques médicamenteuses et non médicamenteuses (voir item 326). – S'assurer de l'efficacité d'un traitement antalgique et l'adapter en fonction de l'évaluation.	130	➡			
11	133	**Anesthésie locale, locorégionale et générale**	– Argumenter les indications, les modalités, les contre-indications et les risques d'une anesthésie locale, locorégionale ou générale. – Connaître l'analgésie obstétricale. – Préciser les obligations réglementaires à respecter avant une anesthésie.	160	➡			
12	134	**Douleur chez l'enfant : évaluation et traitements antalgiques**	– Savoir évaluer la douleur de l'enfant par les outils d'évaluation adaptés. – Repérer, prévenir, et traiter les manifestations douloureuses pouvant accompagner les pathologies de l'enfant. – Préciser les médicaments utilisables chez l'enfant selon l'âge, avec les modes d'administration, indications et	180	➡			

			contre-indications. – Connaître les moyens non médicamenteux utilisables chez l'enfant.					
13	135	**Douleur en santé mentale**	– Repérer, prévenir, et traiter les manifestations douloureuses chez le patient psychiatrique et la personne atteinte de troubles envahissants du développement. – Connaître les bases en psychopathologie de la douleur aiguë et chronique, et les dimensions psychologiques en lien avec la plainte douloureuse.	206	➡			
14	136	**Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (1). Principaux repères cliniques. Modalités d'organisation des équipes, en établissement de santé et en et en ambulatoire**	– Identifier une situation relevant des soins palliatifs. – Connaître les étapes d'une démarche de soins, de traitement et d'accompagnement du patient et de son entourage lors des situations les plus fréquemment rencontrées en phase palliative ou terminale des maladies graves, chroniques ou létales : acquérir les compétences nécessaires en soins palliatifs pour faire face aux situations les plus fréquemment rencontrées lors des phases palliatives ou terminales des maladies graves, chroniques ou létales (traitement des symptômes respiratoires, digestifs, buccaux, neurologiques, psychiatriques, agoniques…). – Connaître l'organisation des soins palliatifs en France et savoir faire appel à des équipes ressource ou à des services de recours.	211	➡			

15	137	**Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (2). Accompagnement de la personne malade et de son entourage. Principaux repères éthiques**	– Se comporter de façon appropriée avec une personne atteinte de maladie létale. Savoir communiquer avec les personnes malades et leurs proches lorsque la visée principale des traitements devient palliative. Connaître les mécanismes psycho-adaptatifs du patient atteint de maladie grave. Connaître des repères pour être en relation et accompagner une personne malade et son entourage. – Se comporter de façon adaptée lorsqu'un patient formule un refus de traitement ou un souhait de mourir. – Aborder les questions éthiques, légales et sociétales posées lors des phases palliatives ou terminales d'une maladie grave, chronique ou létale. – Participer à une délibération, personnelle et collective, et à une prise de décision dans les situations où se pose un questionnement relatif à des investigations, des orientations de traitements (notion de proportionnalité) : hydratation ou nutrition artificielles, transfusion, antibiotique, corticoïdes, anticoagulants, chimiothérapies.	237	➡			
16	138	**Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en phase palliative ou terminale d'une maladie grave, chronique ou létale (3). La sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes en fin de vie. Réponse à la demande d'euthanasie ou de suicide assisté**	– Connaître les indications de la sédation. – Savoir délibérer individuellement et collectivement pour aboutir à une décision de sédation. – Savoir mettre en œuvre et évaluer les effets d'une sédation pour un patient atteint de maladie létale. – Comprendre la distinction entre une sédation pour détresse en phase terminale et une euthanasie. – Savoir analyser une demande d'euthanasie ou de suicide assisté et apporter par tous les moyens légaux une réponse à la détresse qui sous-tend une telle demande.	249	➡			

17	139	**Connaître les aspects spécifiques des soins palliatifs en pédiatrie**	– Evaluer les symptômes. – Connaître les soins, les traitements, l'accompagnement d'un enfant et de son entourage lors des phases avancées de maladies létales. – Connaître les spécificités des soins palliatifs associés aux situations de maternité, périnatalité, réanimation néonatale. – Connaître les caractéristiques du deuil périnatal. – Connaître les soins palliatifs auprès des enfants en situation de handicap évolutif.	255	➡			
	140	**Connaître les aspects spécifiques des soins palliatifs en réanimation**	– Décrire la procédure collégiale et la décision médicale relative à l'introduction, la limitation, et l'arrêt des thérapeutiques actives.	259	➡			
18	141	**Deuil normal et pathologique**	– Distinguer un deuil normal d'un deuil pathologique et argumenter les principes de prévention et d'accompagnement.	262	➡			

UNITE D'ENSEIGNEMENT 7

Inflammation - Immunopathologie - Poumon - Sang.

Objectifs généraux :

L'étudiant doit connaître les grands mécanismes immunopathologiques et les principales affections mettant en jeu une réaction inflammatoire, allergique, dysimmunitaire ou fibrosante. Il doit connaître la prise en charge diagnostique et thérapeutique des affections les plus courantes. Il doit connaître les problèmes posés par les affections plus rares et participer à leur surveillance au long cours ainsi qu'à celle des transplantations d'organes. L'étudiant doit connaître les affections pulmonaires et sanguines citées.

Chapitre	N° de l'item	Intitulé de l'item	Objectifs et programme d'enseignement	Page		1e tour	2e tour	3e tour
19	195	**Syndrome douloureux régional complexe (ex algodystrophie)**	– Diagnostiquer un syndrome douloureux régional complexe – Connaître les principes généraux du traitement	259	➡			

Conférences de consensus – Recommandations

Année	Source	Titre
2016	SFEDT	Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte
2016	SFAR	Réactualisation recommandation sur la douleur postopératoire
2016	Code de la Santé Publique	Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
2015	ANSM	Médicaments à base de codéine utilisés chez l'enfant dans le traitement de la toux, biphosphonate en intraveineux (IV) ou denosumab, retour d'information sur le PRAC de mars 2015
2015	SFAP	Recommandations sur la toilette buccale
2014	HAS	Les médicaments des accès douloureux paroxystiques du cancer
2014	Observatoire National de la Fin de Vie	Fin de vie et précarité – Rapport 2014
2014	SFORL	Prise en charge de la douleur dans le cadre de l'amygdalectomie chez l'enfant et chez l'adulte
2013	EMA	Restrictions on use of codeine for pain relief in children
2013	Observatoire National de la Fin de Vie	Fin de vie des personnes âgées – Rapport 2013
2012	AAMR	Association Américaine de Retard Mental
2012	ANAES	Douleurs : étiologies et caractéristiques
2012	Code civil	Article 490 et autres (dont modifications)
2012	Code de la sécurité sociale	Lois et mise à jour
2012	HAS	Rééducation réadaptation
2012	Groupe de travail pluriprofessionnel et membres de différentes sociétés savante	Traitement symptomatique de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale : Recommandations de bonnes pratiques cliniques
2012	IASP	International Association for the Study of Pain
2012	SFNEP	Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : place de la nutrition artificielle dans la prise en charge des patients atteints de cancer
2012	UNAPEI	Union Nationale des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales
2010	AFSSAPS	Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte
2010	Code civil	Rectification loi de protection de l'incapable majeur (mars 2007 appliquées en début janvier 2010)
2010	HAS	Syndromes drépanocytaires majeurs de l'enfant et de l'adolescent
2010	SFAP	Sédation pour détresse en phase terminale : situations complexes
2010	SFAR	Analgésie par voie générale
2010	SFAR	Sédation et analgésie en structure d'urgence
2010	SFEDT	Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire
2009	AFSSAPS	Communique : retrait progressif de l'association dextropropoxyphene/ paracétamol
2009	AFSSAPS	Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant
2009	ANAES	Commission de transparence fentanyl
2009	HAS	Evaluation des appareils de neurostimulation électrique transcutanée

2009	INPES	Soins palliatifs et accompagnement
2009	INPES	Soins palliatifs et accompagnement
2009	SFAP	Sédations
2008	HAS	Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient
2008	SFAP	Prévention et traitement de la constipation induite par les opioïdes chez le patient relevant de soins palliatifs
2008	SRLF	Actualisation limitations et arrêts des thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte
2007	HAS	Polyarthrite rhumatoïde : masso-kinésithérapie
2007	HAS	Prise en charge diagnostique des neuropathies périphériques
2007	SFAR	Sédation et analgésie en réanimation
2006	Législatif	Actes en orthophonie
2005	Code de la santé	Loi du 11 février 2005
2005	HAS	Lombalgies communes : prise en charge masso-kinésithérapique
2005	Code de la Santé Publique	Loi du 22 avril 2005 sur les droits du malade et la fin de vie (Loi Léonetti)
2004	ANAES	Accompagnement des personnes en fin de vie
2003	ANAES	Cervicalgies communes : masso-kinésithérapie
2003	SOR	Evaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer
2002	ANAES	Soins palliatifs et recommandations
2002	SOR	Traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte
2002	SFAR	Prise en charge des voies aériennes en anesthésie adulte
2002	SFAR	Recommandations concernant la période préanesthésique
2002	SRLF	Limitations thérapeutiques
2001	ANAES	Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé
2001	ANAES	Recommandations ergothérapie
2001	ANAES	Pathologies de la coiffe des rotateurs et masso-kinésithérapie
2001	OMS	CIF = Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
2001	SFAR	Dossier anesthésique (recommandations)
2000	ANAES	Douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans
2000	ANAES	Recommandations kinésithérapie
2000	ANAES	Rééducation de l'entorse externe de la cheville
2000	ANAES	Evaluation et prise en charge de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale
2000	Bulletin officiel	Durée de prescription des morphiniques
2000	Législatif	Décret de compétence kinésithérapie
2000	Législatif	Actes en kinésithérapie
1999	ANAES	Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire
1999	SFAP	Attitude pratique pour la prise en charge de la douleur postopératoire
1999	SFAR	Indication de la curarisation en anesthésie
1998	Législatif	Arrêté du 20 juillet 1998 fixant la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires
1993	SFAR	Sédation en réanimation concept et pratique
1980	OMS	CIDIH = Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps
1968	Code civil	Loi de protection de l'incapable majeur

Chapitre 1

UE 1
Item 8

ETHIQUE MEDICALE :
PROTECTION DES MALADES VULNERABLES

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- ***Décrire les principes éthiques et les modalités pratiques de la protection des malades vulnérables (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, mandat de protection future).***

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- ***Sauvegarde de justice***
- ***Tutelle***
- ***Curatelle***
- ***Mandat de protection future (MPF)***
- ***Mandat d'accompagnement social personnalise (MASP)***
- ***Mandat d'accompagnement judiciaire (MAJ)***

Pour mieux comprendre

- Ce chapitre s'intéressera uniquement à un objectif de l'item 8 concernant les moyens de protection juridique des malades vulnérables : sauvegarde de justice, tutelle, curatelle, mandat de protection ou d'accompagnement
- L'ensemble de ces mesures ont été fixées par une succession de lois : loi de protection de l'incapable majeur et modifications de mars 2007 appliquées en début janvier 2010.
- Ces dernières modifications ont apporté des rectifications sur les mesures classiques (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle) et ont créé de nouvelles modalités d'applications des précédentes mesures : mandat de protection future (MPF), mandat d'accompagnement social personnalise (MASP), mandat d'accompagnement judiciaire (MAJ)

<u>**Plan du chapitre :**</u>

1. Généralités :
    1. Mesures législatives
2. Mesures de protection de l'incapable majeur :
    1. Sauvegarde de justice
    2. Tutelle
    3. Curatelle
3. Mandats :
    1. Mandat de protection future (MPF)
    2. Mandat d'accompagnement social personnalise (MASP)
    3. Mandat d'accompagnement judiciaire (MAJ)





1. MESURES LEGISLATIVES

1.1. PRINCIPES

Lois concernant les mesures de protection de l'incapable majeur
Thèmes :

- Les dispositions concernent la **capacité de l'incapable majeur au consentement juridique sur des actes de dispositions des biens**
- Elle s'applique à la **protection du patrimoine** de l'incapable majeur, lequel risquerait d'être victime du fait de son handicap de manœuvres de spoliation.
- Il s'agit toutefois également de dispositions qui s'appliquent à la **protection de la personne**, notamment dans l'éventualité d'un **acte médical**.

Ces lois ont mis en place d'une part **trois mesures de protection :**

- En **créant la sauvegarde de justice**, procédure d'**urgence**
- En **adaptant la curatelle, mesure d'assistance** et la **tutelle, régime de représentation**.

Ces lois ont mis en place d'autre part **trois mandats :**

- **Mandat de protection future (MPF)**
- **Mandat d'accompagnement social personnalisé (MASP)**
- **Mandat d'accompagnement judiciaire (MAJ)**

1.2. SUJETS CONCERNES

Mesures de protection des biens :

- A toutes les personnes dont les **troubles pathologiques "empêchent l'expression de la volonté, que celle-ci résulte d'une maladie, d'une infirmité ou d'un affaiblissement dû à l'âge. "**
- La loi donne au **médecin traitant** un rôle essentiel avant la décision d'un régime de protection quel qu'il soit, son avis doit être requis dans tous les cas car le régime de protection doit répondre à l'état médical particulier du malade et non à sa situation administrative.

Mandats :

- Mandat de protection future **(MPF) : destiné aux malades non protégés dans l'hypothèse d'une altération de ses facultés mentales**
- Mandat d'accompagnement social personnalisé **(MASP) : destiné aux malades bénéficiaires de prestations sociales et incapables de les gérer seule**
- Mandat d'accompagnement judiciaire **(MAJ) :** destiné aux malades bénéficiaires de prestations sociales **après échec d'une MASP**

1.3. CONDITIONS MESURES DE PROTECTION

Que la **personne à protéger** soit **majeure,**
Et que cette personne ait besoin d'être protégée :

- C'est-à-dire tout malade qui, du fait de son état, doit être assisté, conseillé ou contrôlé de manière épisodique ou même le rendant incapable d'exprimer un consentement valable de façon continue dans les actes de la vie civile.

1.4. MODALITES MESURES DE PROTECTION

La loi prévoit **3 modalités de protection à gradation croissante** selon l'importance de la protection à instituer :

- La sauvegarde de justice
- La curatelle
- La tutelle, qui existaient déjà, mais qui ont été modifiées et adaptées

Enfin, c'est l'**autorité judiciaire** qui est chargée du contrôle et de l'application de la loi.

1.5. EVENTUALITES MESURES DE PROTECTION

Deux éventualités se présentent :

- **Le majeur est capable d'exprimer sa volonté**
  - Mais peut être abusé de par sa faiblesse d'esprit
  - Il suffit du placement sous sauvegarde de justice.
- **Le sujet est hors d'état d'agir par lui-même** :
  - Soit de manière partielle si ses facultés ne sont que diminuées et c'est la curatelle
  - Soit dans l'incapacité totale de donner un consentement valable et c'est la tutelle qui s'impose

2. MESURES DE PROTECTION DE L'INCAPABLE MAJEUR

	Sauvegarde de justice	Curatelle	Tutelle
Mesure	• **Médicale** ou judiciaire	• Judiciaire	• Judiciaire
Définition	• Mesure de protection – Légère – Immédiate – Simple • Les **capacités civiles et civiques du patient persistent.** • Destinée aux malades qui, ont besoin d'être **protégés**	• Mesure **intermédiaire** entre la sauvegarde de justice et la tutelle. • Destinée aux malades qui, sans être hors d'état d'agir par eux-mêmes, ont besoin d'être **conseillés** ou **contrôlés** dans les actes de la vie civile.	• Mesure de protection – Complète – Durable • Entraînant une **incapacité civile presque totale.** • Destinée aux malades qui ont besoin d'être **représentés de façon continue**
Indications	• Patients porteurs d'une pathologie compatible avec la vie sociale mais **risquant d'agir à l'encontre de leurs propres intérêts**. • Patients aux **facultés mentales altérées de façon transitoire** (coma, bouffée délirante…).	• Les personnes dont les **facultés mentales sont altérées (retard mental léger, schizophrénie)** • Les personnes dont les facultés corporelles sont altérées empêchant l'expression de la volonté.	• Pathologie durable (démence) • **Handicap durable (retard mental profond)** • Patient nécessitant une **protection durable**

	• Patients nécessitant une **mesure de protection rapidement, avant l'instauration d'une tutelle ou d'une curatelle.**		
Demande faite par	• **Médecin** • Procureur de la République • Juge des tutelles	• **Patient** • **Famille** • Curateur • Procureur de la République • Juge des tutelles	
Procédure	• Sauvegarde médicale : déclaration du médecin au **Procureur de la République** OU • Sauvegarde judiciaire : décision du Juge des Tutelles lors du jugement d'une curatelle - tutelle, avec déclaration au Procureur de la République	Demande au **Juge des Tutelles** Instruction de la procédure : • Certificat médical par un psychiatre expert • Audition de l'intéressé obligatoire (sauf si son état ne le permet pas) Jugement : • Décision d'ouverture de la curatelle - tutelle • Nomination du curateur - tuteur	
Prise d'effet - durée	• Prise d'effet : **immédiate** • Durée transitoire : **1 an** • Renouvelable **une fois**	• Prise d'effet : **après le jugement** • Durée longue : **5 ans** • Renouvelable **sans limite** tous les 5 ans après examens	

	Sauvegarde de justice	**Curatelle**	**Tutelle**
Droits	• Civiques (vote, éligibilité…): **conservés** • Civils (mariage, etc.) : **conservés** • Gestion du patrimoine : conservé ou par mandataire	• Civiques : **partiels (vote possible)** • Civils : **partiels (testament possible)** • Gestion du patrimoine : peut être parfois conservée (sauf sommes importantes), curateur	• Civiques : **perdus** • Civils : **perdus** • Gestion du patrimoine : perdus
Testament	• Ne peut pas être rédigé tant que la mesure n'est pas levée	• **Seul**	• **Seul avec autorisation du Juge ou du Conseil de famille**
Mariage	• Mariage autorisé, • **Ne peut pas divorcer** tant que la mesure n'est pas levée	• Avis curateur	• Avis tuteur
Autorité parentale	• **Conservée**	• **Conservée**	• **Conservée**

Acte de gestion*	• Conservé	• Conservé si curatelle simple • **Non conservé si curatelle renforcée**	• Non conservé
Acte de disposition**	• Conservé	• Non conservé	• Non conservé
Effets	• **Actes annulés ou réduits**	• **Actes sous tutelle : nuls de droit** • Actes antérieurs : annulables	
Cessation	• Absence de renouvellement • Déclaration médicale (disparition de la cause) • Décision de radiation par le Procureur • Ouverture d'une curatelle ou tutelle	• Absence de renouvellement lors du réexamen systématique • Procédure de mainlevée par le Juge des Tutelles (contestable par les proches)	

* = actes d'**administration** : actes de **gestion courante** du patrimoine (vente de meubles,…)

** actes **engageant le patrimoine de la personne protégée par une modification importante de son contenu** (clôture d'un compte bancaire, vente d'un immeuble,…)

ITEM 8

3. MANDAT

	Mandat de protection future	Mandat d'accompagnement social personnalisé	Mandat d'accompagnement judiciaire
Indications	• Destiné aux malades non protégés dans l'hypothèse d'une altération de ses facultés mentales	• Destiné aux malades bénéficiaires de prestations sociales • Et incapables de les gérer seule	• Destiné aux malades bénéficiaires de prestations sociales • **Après échec d'une MASP**
Procédure	• **Signature du mandat par le patient et son mandataire** • Présence d'un notaire	• Signature d'un contrat entre le patient et le conseil général du département	• Le Président du Conseil Général informe le Procureur de la République de l'échec d'une MASP • Juge des Tutelles
Prise d'effet Durée	• Prise d'effet : lors de la perte des facultés mentales du patient (**certificat médical**) • Durée : tant que persiste l'altération des facultés mentales	• Prise d'effet : lors de la signature du contrat • Durée : 6 mois à 2 ans • Renouvelable 1 fois (durée totale ≤ 4 ans) après évaluation médico-sociale	• Prise d'effet : lors du jugement • Durée : 6 mois à 2 ans • Renouvelable 1 fois (durée totale ≤ 4 ans) après évaluation médico-sociale





Effets	• Protection du patient • Protection du patrimoine	• Gestion d'une partie ou de la totalité des prestations sociales du patient par le Conseil Général (paiement du loyer et des charges locatives)	• Gestion de la totalité des prestations sociales du patient par le mandataire judiciaire (paiement du loyer et des charges locatives)
Cessation	• Déclaration médicale (disparition de l'altération des facultés mentales)	• Décision du Conseil Général • Absence de renouvellement • Echec de la MASP • MASP > 4 ans	• Décision du Juge des Tutelles • Absence de renouvellement • MAJ > 4 ans
Gestion	• Mandataire désigné à l'avance par le patient	• Conseil général du département du patient	• Mandataire judiciaire désigné par le Juge

Conférences de consensus – Recommandations ITEM 8

Année	Source	Titre
1968	Législatif	Loi de protection de l'incapable majeur
2010	Législatif	Rectification loi de protection de l'incapable majeur (mars 2007 appliquées en début janvier 2010)
2012	Code civil	Article 490 et autres (dont modifications)

Sujets tombés à l'ECN ITEM 8

Année	Contenu
2004	Syndrome de Korsakoff dans le cadre d'un alcoolisme chronique
2007	Etat maniaque dans le cadre d'un trouble bipolaire
2010	Schizophrénie paranoïde et prise en charge au long cours

Chapitre 2

UE 3
Item54

L'ENFANT HANDICAPE : ORIENTATION ET PRISE EN CHARGE.

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- ***Argumenter les principes d'orientation et de prise en charge d'un enfant handicapé.***
- ***Connaître les filières de prise en charge médicale, médico-sociale et de scolarisation de l'enfant handicapé : décrire le rôle de la maison départementale des personnes handicapées et identifier les interlocuteurs du médecin dans le système éducatif.***

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- ***Différents types de handicap : intellectuel, cognitif, moteur, sensoriel, comportemental, somatique, polyhandicap***
- ***Prise en charge pluridimensionnelle et pluridisciplinaire***
- ***Privilégier le maintien à domicile et l'intégration en milieu scolaire ordinaire***
- ***CDAPH, MDPH***
- ***ESS = équipes de suivi personnalisé***
- ***PPS = Création d'un projet personnel de scolarisation***
- ***AJPP = allocation journalière de présence parentale***
- ***AEEH = allocation d'éducation de l'enfant handicapé***
- ***Loi du 11 février 2005***

Pour mieux comprendre

- Le terme handicap est envisagé par l'OMS comme : « le terme générique qui désigne les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. »
- Les causes de handicap de l'enfant sont nombreuses représentant près de 2% des enfants qui naissent. La prévalence est plus élevée chez les grands prématurés (< 32SA).
- La prise en charge générale comporte : l'annonce du handicap, l'évaluation des déficiences et des incapacités et l'organisation de la prise en charge sur les versants éducatifs, sanitaires et financiers.
- Le but de cette prise en charge, coordonnée au sein des MDPH via les CDAPH, est de limiter le handicap majeur en privilégiant le maintien à domicile et l'intégration en milieu scolaire ordinaire et en évitant l'exclusion.
- Toute personne handicapée a le droit à une compensation des conséquences de son handicap

<u>Plan du chapitre :</u>

1. Type de handicap et transversalité ECN :
    1- Type de handicaps de l'enfant
    2- Définitions
    3- Transversalité par pathologies





2. Prise en charge générale du handicap de l'enfant :
    1- Annonce du handicap
    2- Evaluation des déficiences et des incapacités
    3- Organisation générale de la prise en charge
3. Type de prise en charge :
    1- Mesures éducatives
    2- Mesures sanitaires
    3- Mesures financières

ITEM 54

1. TYPE DE HANDICAP ET TRANSVERSALITE ECN

1.1. TYPE DE HANDICAPS DE L'ENFANT

1.1.1. INTELLECTUEL

Définition par seuils :

- Déficience mentale **limite QI < 85**
- Déficience mentale **légère QI < 70** *(seuil pour parler de retard mental)*
- Déficience mentale **modérée QI < 55**
- Déficience mentale **sévère QI < 40**
- Déficience mentale **profonde QI < 25**

Mesure :

- **< 3 ans** : on ne mesure pas le QI mais le **quotient de développement**
- **< 16 ans :** on peut mesurer le QI (donc inutile de le calculer après 16 ans)
    - *< 6 ans :* echelle WPPSI
    - *< 16 ans :* Echelle WISC

Retard mental : QI < 70 avec limitation dans ≥ 2 domaines fonctionnels

A noter sur le QI :

- Très utilisé en France mais peu dans les autres pays
- Se base sur l'une des théories de l'intelligence, actuellement remise en question
- C'est donc un outil amené au moins à évoluer, voire à disparaître

1.1.2. COGNITIF

- **Dyslexie :** Confusion entre les lettres
- **Dysphasie :** Trouble du langage
- **Dysorthographie :** Concerne seulement l'écriture
- **Dyscalculie :** Concerne seulement le calcul
- **Dyspraxie :** Concerne seulement les praxies (coordinations motrices)

1.1.3. MOTEUR

- **Acquis** : post-traumatique, infectieux
- **Congénitaux** : certaines souffrances fœtales (= syndrome de Little), infirmité motrice d'origine cérébrale et infirmité motrice cérébrale, spina bifida, maladies neuromusculaires

1.1.4. SENSORIEL

- **Surdité** :
  - D'après la définition donnée par l'OMS, « l'enfant hypo-acousique est celui dont l'acuité auditive est insuffisante pour lui permettre d'apprendre sa propre langue, de participer aux activités normales de son âge et de suivre avec profit l'enseignement scolaire général ».
  - chez l'enfant, elle est **congénitale dans 60% des cas dont 60% sont des surdités de perceptions** (mutation connexine 26 ++), les surdités congénitales de transmission sont principalement dues à des **aplasies ou des maladies de Lobstein** (maladie des os de verre)
  - Les **surdités acquises de l'enfant (40%)** sont dues aux embryofœtopathies (TORSH) et traumatismes obstétricaux
- **Anomalies de la vision**

1.1.5. COMPORTEMENTAL

- **Autisme**
- **Psychoses infantiles**
- **Syndrome d'hyperactivité**
- **Anorexie mentale**
- Troubles psychiatriques sévères et troubles envahissant du développement

1.1.6. SOMATIQUE

- **Maladie chronique nécessitant un traitement au long cours sans espoir de guérison définitive**
- Insuffisances viscérales (rénales, cardiaques, respiratoires….), hémophilies, ...

1.1.7. ESTHETIQUE

- **Syndrome malformatif : Crouzon, nanisme**

1.2. DEFINITIONS

1.2.1. HANDICAP

- « Restriction de participation par limitation d'activité secondaire à une déficience »
- → Même définition que pour l'adulte

1.2.2. POLY-HANDICAP

- Handicap grave avec **déficiences multiples et sévères**
- Dont mentales et motrices
- Entrainant une **restriction extrême de la communication et une dépendance totale**
- Le plus souvent **d'origine cérébrale** (syndrome de West, syndrome de Lennox Gastaut, syndrome de Rett…)

1.2.3. INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE

- Trouble moteur **non progressif**
- Secondaire à une lésion cérébrale anté ou périnatale
- A l'exclusion des enfants avec un déficit mental associé (≠ IMOC)
- Incidence **= 2/1000 naissances**





1.3. TRANSVERSALITE PAR PATHOLOGIES (exemples)

1.3.1. MYOPATHIE DE DUCHENNE

Dystrophie (mutation de la dystrophine) musculaire liée à l'X :

- **Décalage du cadre de lecture = dystrophine non fonctionnelle**
- **1 garçon sur 3500**
- Déficit musculaire proximal, débute avant 5 ans. **Espérance de vie ≈ 25 ans**
- *A la naissance :* Rhabdomyolyse, CPK > 1000
- *A l'âge de la marche :* Chutes, **signe de Gowers** (utilise ses mains pour se relever), pseudo-hypertrophie des mollets, de la langue…
- *A 10 ans :* perte de la marche
- *Particularités :* Cardiomyopathie dilatée

Dystrophie de Becker : 10 fois moins fréquente

- Sans décalage du cadre de lecture = dystrophine fonctionnelle
- Manifestations cliniques plus tardives

1.3.2. X FRAGILE

Triade clinique de Martin Bell :

- *Retard mental :* prédominant sur le langage
- *Dysmorphie :* visage allongé, prognathisme, oreilles décolées mal ourlées
- *Macro-orchidie :* après la puberté dans 30% des cas

Signes associés :

- *Troubles du comportement :* TDAH, TED
- *Statiques :* sujets grands, scoliotiques, hyperlaxes, pieds plats, strabismes
- Prolapsus mitral

1.3.3. MUCOVISCIDOSE

- Manifestations **respiratoires** et ORL :
  - **Infections chroniques** par des germes spécifiques
- Manifestations **digestives** et nutritionnelles :
  - Iléus méconial
  - Prolapsus rectal
  - Obstruction intestinale distale

Bonus ECN → 3 causes d'iléus méconial : maladie de Hirschprung, hypothyroïdie, mucoviscidose

- Atteinte hépatique
- **Diabète** insulinodépendant
- Manifestations **génitales : stérilité** cervicale / agénésie bilatérale des canaux déférents

1.3.4. TRISOMIE 21

- **Syndrome dysmorphique :**
  - Crâne aplati (brachycéphalie), nuque aplatie, visage aplati
  - Epicanthus et hypertélorisme, tâches de Brushfield, lèvres fines
  - Macroglossie, oreilles basses et mal ourlées
- **Hypotonie axiale (SEUL SIGNE CONSTANT)**
- Malformations cardiaques, urologiques, digestives, scoliose
- Immunodépression
- Leucémie aiguë myéloïde de type 7 (Mégacaryocytaire)…

Bonus ECN → 3 causes de Macroglossie = T21, Hyperthyroïdie, Amylose

2. PRISE EN CHARGE GENERALE DU HANDICAP DE L'ENFANT

2.1. ANNONCE DU HANDICAP

2.1.1. CODE DE DEONTOLOGIE (ARTICLE 35)

- « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une **information loyale, claire et appropriée** sur **son état, les investigations et les soins** qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il **tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ».**

2.1.2. CONTENU (ANAES)

- **L'état** du patient et son évolution prévisible, ce qui nécessite des **explications** sur la maladie ou l'état pathologique, et son **évolution habituelle avec et sans traitement**
- La **description et le déroulement des examens**, des investigations, des soins, des thérapeutiques, des interventions envisagés et de leurs alternatives
- Leur **objectif**, leur **utilité** et les bénéfices escomptés
- Leurs conséquences et leurs **inconvénients**
- Leurs **complications** et leurs risques éventuels, y compris exceptionnels
- Les **précautions** générales et particulières recommandées aux patients

2.1.3. MODALITES

- « **Adaptée** au cas de chaque personne
- Y consacrer du **temps** et de la **disponibilité**
- La **moduler** en fonction de la situation du patient
- **Environnement** adapté
- Climat relationnel alliant **écoute** et prise en compte des **attentes** du patient.
- Peut nécessiter d'être délivrée de manière **progressive**
- De recourir si besoin à un traducteur. »

2.1.4. DESTINATAIRE

- Le **représentant légal (incapable et mineur)**
- Le **mineur** :
  - S'il peut comprendre l'information
  - S'il peut supporter l'information

2.1.5. A NOTER POUR L'IECN

Les questions portant sur les annonces diagnostiques etc. sont beaucoup moins réalisables, utiles et discriminantes depuis l'avènement de l'iECN, une lecture simple pourra donc remplacer l'apprentissage de mots clés pour ce type de tableau.

2.2. EVALUATION DES DEFICIENCES ET DES INCAPACITÉS

2.2.1. MOYENS

- Echelles d'évaluation génériques et spécifiques
- Cf item 115

2.2.2. ASPECT SPECIFIQUE CHEZ L'ENFANT

- Dépistage précoce des enfants à risque
- Evaluation du retentissement fonctionnel de la déficience
- Bilan de la qualité de vie
- Evaluation cognitive et psychoaffective





2.3. ORGANISATION GENERALE DE LA PRISE EN CHARGE

2.3.1. TYPE DE PRISE EN CHARGE

- **Multidisciplinaire**
- **Coordonnée**
- **Adaptée à l'environnement**
- Avec un **suivi** régulier
- Avec comme buts principaux :
  - Limiter un handicap majeur
  - **Privilégier le maintien à domicile et l'intégration en milieu scolaire ordinaire**
  - **Empêcher une exclusion**

2.3.2. DOMAINE DE PRISE EN CHARGE

- **Education :**
  - **Structures d'orientation :**
    - MDPH
    - CDAPH
    - ESS
  - **Structures médico-éducatives**
  - **Structures éducatives pures**
- **Santé :**
  - **Structures sanitaires :**
    - Avec possibilité d'hébergement
    - Sans possibilités d'hébergement
  - **Structures médico-éducatives**
- **Financier :**
  - **100%**
  - **AEEH** = allocation d'éducation de l'enfant handicapé
  - **AJPP** = allocation journalière de présence parentale
  - Financement des aides techniques onéreuses (ex SVA)

ITEM 54

3. TYPE DE PRISE EN CHARGE

MODIFICATIONS APPORTEES PAR LA LOI DU 11 FEVRIER 2005
(+ modifications ultérieures ministérielles jusqu'à maintenant)

	AVANT LA LOI DU 11 FEVRIER 2005	APRES LA LOI DU 11 FEVRIER 2005 + PRECISIONS DU MINISTERE
STRUCTURES GENERALES	COTOREP = COmmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel CDES = Commission Départementale de l'éducation spéciale SVA = Service pour la Vie Autonome	CDAPH = Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées MDPH = Maison Départementale des Personnes Handicapées
RESSOURCES	AES = Allocation d'Etude Spécialisée	AEEH = Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
	APP = Allocation de Présence parentale	AJPP = Allocation Journalière de Présence Parentale
SCOLARITE	-	ESS = Equipe de Suivi Spécialisé PPS = Projet Personnel de Scolarisation

3.1. MESURES EDUCATIVES

3.1.1. PROJET PERSONNEL DE SCOLARISATION

- **Equipes de suivi personnalisé (ESS)** :
  - Dépendant des MDPH
  - Organisées en département
  - Evaluent l'enfant en situation scolaire concernant ses besoins éducatifs particuliers
- **Création d'un projet personnel de scolarisation (PPS)**
- **Orientation vers la structure éducative adaptée**

3.1.2. SCOLARISATION EN MILIEU ORDINAIRE

- **Classes normales :** Aides par les AVS (Auxilliaires de Vie Scolaire)
- Maternelle **: ASEH** (Aide à la Scolarisation des Enfants Handicapés)
- Primaire **: CLIS** (Classes d'Intégrations Scolaires)
- Collège : **ULIS** (Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire) et **SEGPA** (permet une qualification professionnelle, oriente vers EREA)
- **EREA :** Etablissement régional d'enseignement supérieur
- **± CNED :** à partir de 6 ans si incapacité physique d'aller à l'école

3.1.3. MILIEU SPECIALISE

Troubles du comportement :

- **ITEP :** Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
- **IR :** Institut de Rééducation

Déficiences intellectuelles :

- **IME :** Instituts Médico-Educatifs (de 0 à 20 ans)
- **IMP :** Institut Médico-Pédagogique (de 5 à 14 ans)
- **IM-Pro :** Pour les > 14 ans avec souhait de formation professionnelle

Déficiences spécifiques :

- **IEM :** Institut d'Education Motrice
- **IES : Institut d'Education Sensorielle**

3.1.4. SCOLARISATION A DOMICILE

SESSAD : Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile

SAFEP : Déficients auditifs et visuels < 3 ans

- Après 3 ans les services dédiés aux déficits sensoriels sont séparés
- Déficit auditif > 3 ans = **SSFIS (Service de Soutien a l'Education Familiale et à l'Inclusion Scolaire)**
- Déficit visuel > 3 ans = **SAAAIS (Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire)**

3.1.5. PRINCIPAUX INTERVENANTS

Orientation :

- **MDPH** et ses intervenants : « Guichet unique » (Cf. item 115)
- **CDAPH**
- **EES =** équipes de suivi personnalisé, réévalue le PPS ≥ 1x/an
- **Parents**
- **Education Nationale** (responsable des structures éducatives pures)
- **Enseignant**
- **Educateur**
- **AVS =** Auxiliaire de Vie Scolaire
- **ASEH =** Aides à l'Accueil et à la Scolarisation des Elèves Handicapés





3.1.6. DESCRIPTIFS DES STRUCTURES

E R E A - I E M

But :

- **Educatif et scolaire** (**prioritaire**)
- Médical

Intervenants :

- Enseignant issu de l'Education Nationale
- Personnel paramédical (dont kiné, ortophoniste, ergothérapeute)

SESSAD

Modalités :

- Equipe pluridisciplinaire ambulatoire
- Pour des enfants **jusqu'à 18 ans**

Remboursement des soins :

- **Entente préalable de la CDAPH**
- Pris en charge par la **CPAM**

I M E - I M P

Handicap concerné :

- Déficit **intellectuel avec ou sans problème de comportement**
- Déficit **moteur**

Critères et fonctionnement :

- Des externats médico-éducatifs (rentrent chez eux le soir)
- Internats (au domicile le week-end et les vacances scolaires).

Remboursement des soins :

- **Entente préalable de la CDAPH**
- Pris en charge par la **CPAM**

3.2. MESURES SANITAIRES

3.2.1. STRUCTURES SANITAIRES

- **Avec possibilité d'hébergement :**
  - **Hospitalier**
  - **Service de rééducation fonctionnelle**
  - **MECS** = Maisons d'Enfants à Caractères Sanitaires
- **Sans possibilités d'hébergement :**
  - **CAMSP** = Centre d'Action Médico-Social Précoce
  - **CMP** = Centre Médico-Pédagogique
  - **CMPP** = Centre Médico-Psycho-Pédagogique

3.2.2. DESCRIPTIFS DES STRUCTURES

C M P - C M P P

- **Type de handicap pris en charge :**
  - **Pédopsychiatrique**
  - Psychologique

C A M S P

C'est un lieu de CONSULTATION pour les < 6 ans :

- **Objectifs :**
  - **Diagnostic précoce du handicap et dépistage**
  - Prise en charge pluridisciplinaire
    - **Avant l'âge de 6 ans**
  - En soins externes sans **scolarité**

- **Remboursement des soins :**
  - Pas de nécessité d'accord préalable
  - Remboursement des **consultations et des séances de rééducation** par la **CPAM**

C M P C M P P

Ce sont des lieux d'APPRENTISSAGE et de prise en charge :

- **Critères et fonctionnement :**
  - Enfants de **plus de 6 ans**
  - **Pas d'hébergement ni de scolarité**
  - **Sur le mode de consultations**
- **Equipe soignante :**
  - **Psychiatres**
  - **Psychologues**
  - **Rééducateurs en psychomotricité**
  - **Orthophonistes**
  - **Assistantes sociales**
- **Remboursement des soins :**
  - **Pris en charge par la CPAM**

SERVICES DE REEDUCATION FONCTIONNELLE ET DE READAPTATION

- **Eléments pris en charge :**
  - **Soins**
  - **Scolarité**
- **Mode de fonctionnement** :
  - Hospitalisation de jour
  - Hospitalisation de semaine
  - Hospitalisation complète
- **L'entrée :**
  - Directement
  - Sans accord préalable de la Sécurité Sociale
  - Après décision du médecin responsable du service
  - Sur des **critères médicaux**
- **Le remboursement des soins :**
  - Incombe à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie **(CPAM)**, lorsqu'il s'agit d'un transfert direct à partir d'un hôpital.

3.3. MESURES FINANCIERES

3.3.1. MESURES

Prise en charge à 100% des soins

- **AEEH** = Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
- **AJPP** = Allocation Journalière de Présence Parentale
- Financement des aides techniques onéreuses (ex SVA)

3.3.2. DESCRIPTIFS DES MESURES

A E E H

- **Condition :**
  - Enfant handicapé **< 20 ans**
  - ET incapacité **≥ 80% isolée**
  - OU incapacité **≥ 50% mais nécessitant des soins réguliers ou un établissement adapté**
  - Dépenses régulières prouvées pour son éducation. (représente environ 120 à 1000€ /mois)

- **Avantages :**
  - Hospitalisation : exonération du forfait journalier
  - Périodes ou l'enfant n'est pas hébergé la nuit dans un établissement spécialisé : aide financière propre

A J P P
- Versée par la **CAF, pendant 4 mois renouvelable 2 fois**
- Elle **permet de suspendre ou de réduire l'activité professionnelle afin de s'occuper de l'enfant**
- **Conditions :**
  - L'enfant à charge doit avoir **moins de 20 ans**, et être victime d'une maladie, d'un accident ou d'un **handicap** d'une « particulière gravité » justifiant la présence d'un parent à ses côtés pour assurer les soins
  - Le ou les parents doivent prendre des **congés, afin de pouvoir rester auprès de l'enfant**
- Elle n'est **pas soumise à condition de ressources. Son montant varie en fonction**:
  - Du nombre de jours de congés
  - De la composition de la famille

± CPP : Congés de présence parentale (310 jours sur 4 ans)
!! AJPP et CPP nécessitent un **certificat médical**
CARTE D'INVALIDITE
- Si invalidité ≥ 80%
- Attribution par la CDAPH
- Donne des facilités pour les transports etc.

PCH
- Prestation de Compensations du Handiap
- **Concerne tous les sujets handicapés < 60 ans**

FINANCEMENT DES AIDES TECHNIQUES ONEREUSES (EX SVA)
- Anciens SVA (Services pour la Vie Autonome)
- **Intégré depuis la loi de 2005 dans les MDPH (par fond de compensation)**
- But : financement des aides techniques onéreuses après évaluation

Bonus : comment réfléchir à la prise en charge financière ?

D'un point de vie administration et droits de la personne, les âges clés sont
- ≤ 20 ans = enfants
- Entre 20 et 60 ans = sujet adulte jeune
- ≥ 60 ans = sujet âgé

Concernant l'enfant (< 20 ans) :
- Il a besoin d'une présence parentale quasi-permanente = AJPP +/- CPP
- Il a une incapacité ≥ 80% = carte d'invalidité + AEEH
- Il a une incapacité < 80% mais ≥ 50% particulièrement grave (nécessité de soins réguliers ou vie en établissement adapté) = AEEH sans carte d'invalidité

3.4. EXEMPLES DE PRISE EN CHARGE EN FONCTION DU HANDICAP

3.4.1. HANDICAP MINIME

- **Vie à domicile avec scolarité en milieu normal**
- MPR
- Paramédicaux libéraux

3.4.2. HANDICAP FAIBLE

- **Vie à domicile avec scolarité en milieu normal**
- CAMPS, SESSAD, CMP, CMPP

3.4.3. HANDICAP MOYEN

- **Vie en établissements généraux (externat ou internat)**
- IEM à fonction éducative avec scolarité adapté et rééducation
- IME et IMP à fonction d'autonomie avec projet social
- ESAT à fonction professionnelle pour les plus vieux avec secteur professionnel protégé

3.4.4. HANDICAP SEVERE

- **Etablissements spécialisés**
- Enfant polyhandicapé

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT HANDICAPE

<u>Structures éducatives pures :</u>
- **CLIS** = classe d'intégration scolaire
- **ULIS** = unités localisées pour l'inclusion scolaire
- **SEGPA** = section d'enseignement général et professionnel adapté
- **Structure de scolarisation classique**

<u>Structures médico-éducatives :</u>
- **A fonction éducative prédominante :**
  - **EREA** = établissements régionaux d'enseignement adapté
  - **IEM** = instituts d'éducation motrice
- **A domicile :**
  - **SESSAD** (= service d'éducation spéciale et de soins à domicile)
- **A fonction d'autonomie (grands handicaps) :**
  - **IME** = institut médico-éducatif
  - **IMP** = institut médico-pédagogique

- **Prise en charge à 100%**
- **AJPP** = allocation journalière de présence parentale
- **AEEH** = allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- Financement des aides techniques onéreuses

<u>Structures sanitaires</u> :
- **Avec possibilité d'hébergement :**
  - **Hospitalier**
  - **Service de rééducation fonctionnelle**
  - **MECS** = maisons d'enfants à caractères sanitaires
- **Sans possibilités d'hébergement :**
  - **CAMPS** = centre d'action médico-sociale précoce
  - **CMP** = centre médico-pédagogique
  - **CMPP** = centre médico-psycho-pédagogique

Conférences de consensus – Recommandations ITEM 54

Année	Source	Titre
1980	OMS	CIDIH = Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps
2001	OMS	CIF = Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
2005	Code de la santé	Loi du 11 février 2005
2012	Code de la sécurité sociale	Lois et mise à jour

Sujets tombés à l'ECN ITEM 54

Année	Contenu
2016	Questions isolées sur la prise en charge de l'enfant handicapé

Chapitre 3

UE 4
Item 97

MIGRAINE, NEVRALGIE DU TRIJUMEAU ET ALGIES DE LA FACE

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- ***Diagnostiquer une migraine, une névralgie du trijumeau et une algie de la face.***
- ***Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.***

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- ***Migraines : avec ou sans aura, diagnostic clinique sur critère IHS, traitement de crise (AINS, triptans), éventuel traitement de fond, agenda des crises***
- ***Céphalées de tension***
- ***Algies vasculaires de la face : céphalées trigémino-autonomique, urgence antalgique***
- ***Névralgie faciale/du trijumeau : zones gâchettes, douleur neuropathique, tic douloureux de la face***
- ***Nevralgie du glosso-pharyngien***
- ***Névralgie d'Arnold***
- ***Hémicranies paroxystiques : chroniques ou SUNCT***

Pour mieux comprendre

- La migraine est une pathologie fréquente (>10% de la population générale) engendrant un retentissement psycho-social important, pouvant être précédée ou non d'une aura. Son diagnostic est clinique et elle doit être correctement différenciée des céphalées de tension afin d'éviter tout abus médicamenteux.
- L'algie vascularie de la face, forme la plus fréquente de céphalée trigémino-vasculaire, est une maladie orpheline mais dont l'intensité de la douleur qu'elle provoque rend nécessaire la rapidité de son diagnostic.
- La névralgie faciale se présente par des crises de salves douloureuses neuropathique dans le territoire d'une ou 2 branches du trijumeau chez une patiente âgée.

Plan du chapitre :

1. Migraine
2. Algie vasculaire de la face
3. Névralgie du trijumeau
4. Autres
    1. Névralgie du glosso-pharyngien
    2. Névralgie d'Arnold
    3. Hémicranie paroxystique





1. MIGRAINES

1.1. GENERALITES

1.1.1. EPIDEMIOLOGIE

- Pathologie fréquente : **12 à 15% de la population**
- **Sous-diagnostiquée** : 35-40% des migraineux n'ont jamais consulté pour ce motif
- Prédominantes chez les **femmes** (sex ratio = **3/1**)
- Débutent habituellement **avant 40 ans**

1.1.2. PHYSIOPATHOLOGIE

- **Encore mal définie**
- **Plurifactorielle :** polygénique et environnementale
- Dûe à une **hyperexcitabilité du système trigémino-vasculaire**
  - Dysfonction du **système sérotoninergique**
  - **Vasodilatation** des vaisseaux de la dure-mère (méninge riche en **nocicepteurs**)
  - Inflammation péri-vasculaire avec **dépression corticale**
- Les céphalées peuvent être précédées par une **aura migraineuse**, provoquée par une **dysfonction corticale**.
  - Cette dernière se **propageant de proche en proche sur le cortex cérébral,** on observe alors la **« marche migraineuse »** : évolution de la symptomatologie neurologique durant l'aura en fonction des zones devenant dysfonctionnelles.

1.1.3. FACTEURS DECLENCHANT

- Migraine **cataméniale :** survenant lors des menstruations
- **Stress**
- **Aliments : alcool, chocolat**
- **Exposition sensorielle intense** (odeurs, lumières, sons)
- Excès/retard de sommeil

1.1.4. FREQUEMMENT ASSOCIES

- **Abus de médicament** défini par l'utilisation
  - **> 15** jours par mois d'**AINS** ou de **Paracétamol**
  - **> 10** jours par mois de **triptans ou opioïdes**
- **Céphalées de tension**

1.2. PRESENTATION CLINIQUE

1.2.1. MIGRAINE SANS AURA (80%)

- Généralement de siège **sus-orbitaire ou temporal,** parfois occipital
- D'apparition rapidement progressif, elles peuvent réveiller le patient en seconde partie de nuit.
- Des **critères** ont été établis par l'**IHS** (*Internation Headache Society*, 2013) :

Moyen mnémotechnique : **5-4-3-2-1**

A) Au moins ***5*** crises répondant au critères B à D

B) Crises de céphalées durant entre ***4*** heures et ***3*** jours

C) Céphalées ayant au moins ***2*** des caractéristiques suivantes :
- **Unilatérale**
- **Pulsatile**
- **Modérée à sévère**
- **Aggravation par les activités physiques de routine**

D) Durant les céphalées, au moins ***1*** des critères suivant :
- **Nausées et/ou vomissements**
- **Photophobie et/ou phonophobie**

E) Symptômes ne pouvant pas être attribués à une autre affection

- A noter : L'**alternance du côté atteint selon la crise** et l'**examen inter-critique normal** sont des éléments importants, devant mener respectivement à la recherche d'une **malformation artério-veineuse** ou d'une anomalie parenchymateuse cérébrale.

1.2.2. MIGRAINE AVEC AURA TYPIQUE (20%)

- L'**IHS** a établi d'autres **critères** concernant les migraines **avec aura** :

A) Au moins ***2*** crises répondant au critères B à D *(≠ 5 sans aura)*

B) Symptômes d'aura **totalement réversible** parmi :
- Symptômes **visuels** et/ou
- Symptômes **sensitifs** et/ou
- Troubles du **langage**

C) Au moins ***2*** des caractéristiques suivantes :
- Au moins un symptôme d'aura apparaît en ≥ 5 minutes, et/ou ≥2 symptomes apparaissent successivement
- Chaque symptome d'aura dure 5 à 60 minutes [1]
- Au moins un des symptômes est unilatéral
- Aura accompagnée, ou suivie au plus tard dans les 60 minutes, de céphalées

D) Symptômes ne pouvant pas être attribués à une autre affection, et Accident Ischémique Transitoire éliminé

- [1] Exemple : en cas de symptômes d'aura visuelle et sensitive, la durée maximale que pourra prendre l'aura sera de 2x60 = 120 minutes.
- Les **auras motrices et basilaires,** exceptionnelles, nécessitent une exploration par **IRM cérébrale**.

1.2.3. TYPES D'AURA

Aura visuelle (90%)

- Généralement sous la forme d'un **scotome scintillant**
  - **Point lumineux** dans le champ visuel, **binoculaire persistant à la fermeture des yeux** (problème d'origine cortical, et non rétinien),
  - S'élargissant progressivement sous la forme d'une **ligne brisée**
- Parfois **hémianopsie latérale homonyme**

Aura sensitive

- Sous forme de **paresthésies** non douloureuse,
- Touchant le plus fréquemment les doigts et la région chéiro-orale (pourtour des lèvres)

Troubles du langage

- Se présente généralement sous la forme d'une **aphasie**, parfois d'un manque du mot

Aura motrice

- **Exceptionnelle**, sa présence impose la réalisation d'une **IRM cérébrale** à la recherche d'une autre pathologie
- **Déficit moteur,** pouvant être associé aux autres symptômes d'aura





Aura basilaire

- **Exceptionnelle**, sa présence impose la réalisation d'une **IRM cérébrale** à la recherche d'une autre pathologie
- Symptomes liées à des zones vascularisées par le **tronc basilaire :**
  - Dysarthrie
  - Vertiges
  - Hypoacousie
  - Diplopie
  - Ataxie
  - Troubles de la vigilance

1.2.4. MIGRAINE CATAMENIALE

- Migraines **sans aura**
- De **J-2 à J3** des **menstruations**
- Traitement : **patch d'œstrogène** 8 jours à débuter la veille des menstruations

1.2.5. ETAT DE MAL MIGRAINEUX

- Crise migraineuse durant plus de 3 jours
- Favorisé par un état **anxio-dépressif** (à dépister) et l'**abus médicamenteux**
- Traitement :
  - **Sumatriptan sous-cutané**, sevrage des éventuels médicaments pris en excès
  - Si échec : hospitalisation, hydratation, antidépresseurs tricycliques IV

1.3. EXAMENS PARACLINIQUES

1.3.1. GENERALITES

- **Si critères IHS tous réunis : AUCUN, diagnostic clinique**
- L'**IRM cérébrale** sera l'examen de premier choix.
  - En cas de normalité pourra se discuter l'indication d'autres examens, particulièrement un EEG dans le cas des migraines avec aura.

1.3.2. INDICATIONS DE L'IRM CEREBRALE

- **Critères IHS non remplis**
- **Anomalie à l'examen clinique**
- **Dans les migraines sans aura :**
  - Début des migraines **après 40 ans**
  - **Côté atteint est toujours le même** : malformation artério-veineuse ?
  - Céphalée d'**intensité inhabituelle**
- **Dans les migraines avec aura :**
  - **Aura motrice** ou **basillaire**
  - **Absence de céphalées après l'aura**
  - Signes en faveur d'un **diagnostic différentiel** :
    - Déficit de courte durée : crise convulsive partielle
    - Déficit d'apparition brutale et d'emblée maximal : AIT (ou AVC)
- En cas d'orientation vers une **hémorragie méningée** (**début brutal**, intensité forte, syndrome méningé) : **TDM non injecté en urgence**

1.4. PRISE EN CHARGE

1.4.1. EVALUATION DU HANDICAP

- Intensité au moins sévère dans plus de la moitié des cas, durée > 24h dans 40% des cas,
- Retentissement socio-professionnel et familial
- Symptomes d'accompagnement digestifs
- Association à un **syndrome anxio-dépressif**
- Tenir un **agenda des crises** :
  - Date de survenue, durée, intensité
  - Facteur déclenchant
  - Médicaments utilisés

1.4.2. TRAITEMENT DE CRISE

Eviter les opioïdes (de classe II et II)
Mise au **repos**, au **calme**, dans l'**obscurité**

Traitements non spécifiques

- **A prendre le plus tôt possible**
- **AINS : Diclofénac, Ibruprofène, Kétoprofène, Naproxène**
- **Aspirine** éventuellement associé au métoclopramide
- **Paracétamol, moins efficace**
- **Evaluer l'efficacité :**
  - 4 questions :
    - Etes-vous soulagé de manière significative 2h après la prise ?
    - Ce médicament est-il bien toléré ?
    - Utilisez-vous une seule prise médicamenteuse ?
    - La prise de ce médicament vous permet-elle une reprise normale et rapide de vos activités sociales, familiales, professionnelles ?
  - Si le patient répond non à l'une au moins des questions, il est recommandé de prescrire à la fois un AINS et un triptan, en précisant au patient d'utiliser l'AINS seul, et de prendre le triptan en cas de soulagement insuffisant 2h après la prise.

Traitements spécifiques :

- En cas de crise avec **aura** : à prendre dès le **début des céphalées**
- **Triptans :**
  - **Agonistes des récepteurs 5-HT1**
  - Efficaces aussi sur la photo-phonophobie et les symptomes digestifs possiblement associés
  - Evaluer l'efficacité après **3 crises**
- Tartrate d'**ergotamine**, dihydroergotamine injectable ou pulvérisation nasale

1.4.3. TRAITEMENT DE FOND

- **Indiqué quand** la consommation de **traitement de crises** atteint **6 à 8 prises par mois pendant 3 mois**, et selon le handicap socio-professionnel.
- **A utiliser en 1ère intention : Propranolol, Métoprolol, Oxétorone, Amitryptiline** (n'a pas l'AMM)
- **Efficacité :**
  - **Réduction de 50% de la fréquence des crises**
  - Evaluée à **3 mois**
- A maintenir à dose efficace 6 mois à 1 an avant de réduire très progressivement la posologie.

- **Disposant d'une AMM** (par ordre alphabétique)
  - Dihydroergotamine
  - Flanarizine
  - Indoramine
  - Méthysergide
  - Métoprolol
  - Oxétorone (anti-sérotoninergique)
  - Pizotifène
  - Propranolol
- **Absence d'AMM mais preuve d'efficacité**
  - Amitriptyline, Aténolol, Valproate de sodium, Gabapentine…

1.4.4. SURVEILLANCE

- Evaluer l'**efficacité**, la **tolérance** et la **consommation médicamenteuse**
- Evaluer le **retentissement fonctionnel, émotionnel et socio-professionnel** des crises
- Evaluer le **risque neurovasculaire** chez les patientes présentant des **migraines avec aura**, particulièrement chez les femmes de moins de 35 ans, tabagiques et/ou utilisant une contraception œstro-progestative.

5- PARTICULARITES CHEZ L'ENFANT

1.5.1. PARTICULARITES CLINIQUES

- **Crises plus courtes** : 2 à 48h
- Plus fréquemment **bilatérales**
- Les **troubles digestifs** d'accompagnement sont fréquemment au premier plan
- On note souvent une **pâleur initiale**
- Une **localisation occipitale est atypique** et nécessite une exploration paraclinique

1.5.2. PARTICULARITES THERAPEUTIQUES

Traitements de crise

- **En 1ère intention : Ibuprofène**
- Crise modérée à sévère chez l'enfant de **plus de 12 ans** : **Sumatriptan spray nasal**

Traitement de fond

- **Non médicamenteux : relaxation, biofeedback, thérapies cognitives et comportementales de gestion du stress**
- Médicamenteux : uniquement après échec des méthodes non pharmacologiques

6- CEPHALEES DE TENSION

Différences sémiologiques avec les migraines

- Fréquemment associées aux migraines, il est nécessaire au clinicien comme au patient de distinguer les deux (à l'aide entre autre de l'agenda des crises).
- Durant de **1 à 14 jours**,
- Ces céphalées sont **holocrâniennes, en étau**,
- D'intensité **faible à modérée**, sans signe digestif d'accompagnement,
- Avec phonophobie **ou** photophobie,
- Et ne sont **pas aggravées par un effort physique**.

2. ALGIES VASCULAIRES DE LA FACE

2.1. GENERALITES

2.1.1. PHYSIOPATHOLOGIE

Céphalée trigémino-autonomique :

- **Hyperactivation trigémino-vasculaire**
- Associée à une **activation parasympathique**

2.1.2. EPIDEMIOLOGIE

- **Maladie orpheline** (prévalence <1/2000)
- Touche essentiellement les **hommes (5/1),**
- Débutant entre **20 et 40 ans**
- Avec une prévalence augmentée en cas de **tabagisme**

2.2. PRESENTATION CLINIQUE ET EXAMENS PARACLINIQUES

2.2.1. SIGNES CLINIQUES

Douleur

- **Péri-orbitaire,**
- Touchant **toujours la même hémiface,**
- **Très intense,**
- A type d'**écrasement**, de **broiement**
- De début très rapide
- Durant entre **15 minutes et 3h**

Symptomatologie parasympathique

- **Sudation**
- **Larmoiement**, vasodilatation conjonctivale, œdème palpébral
- **Rhinorrhée**
- Rarement : hypofonctionnement parasympathique avec syndrome de Claude-Bernard-Horner (ptosis, myosis, énophtalmie)

Evoluant par crises

- Favorisées par la prise d'**alcool** et en **situation d'hypoxie**
- **Maladie chronobiologique** car les crises sont générées dans une zone **hypothalamique** participant aux rythmes biologiques
- **Périodicité circadienne** (au sein d'un même jour) :
  - 1 à 8 crises par jour
  - **A heure fixe** (surtout la nuit et après les repas)
- **Périodicité circannuelle** en cas de **forme episodique (80%) :**
  - Périodes de 2 à 8 semaines avec crises quotidiennes,
  - Suivies par un intervalle libre sans crise, parfois pendant plusieurs années
- **Forme chronique** (20%) :
  - **1 an de crises sans rémission**
  - A noter : un patient peut passer alternativement d'une forme épisodique à une forme chronique

Agitation motrice





2.2.2. INDICATIONS DE L'IRM CEREBRALE
- Le diagnostic est **CLINIQUE**
- L'IRM cérébrale n'est indiquée qu'en cas de **doute** avec :
  - Une sinusite ethmoïdo sphénoïdale, associée à un scanner des sinus
  - Une dissection carotidienne, associée à une échographie-doppler des troncs supra-aortiques

2.3. TRAITEMENTS

2.3.1. TRAITEMENT DE CRISE
- Il s'agit d'une **urgence antalgique**
- Les **2** mesures cruciales sont :
  - L'**oxygénothérapie à haut débit (au masque à haute concentration)**
  - L'injection de **Sumatriptan sous-cutané**

2.3.2. TRAITEMENT DE FOND
- Lors des **périodes douloureuses**
- En cas de forme épisodique :
  - **Verapamil** (inhibiteur calcique bradycardisant)
  - Ou **Corticothérapie pendant 7 jours**
  - Ou Méthysergide
  - Ou Indométacine
- En cas de forme chronique : **Lithium**

2.3.3. MESURES ASSOCIEES
- **Eviction** de l'**alcool** et du **tabac**
- Education, soutien psychologique

ITEM 97

3. NEVRALGIE DU TRIJUMEAU

3.1. NEVRALGIE ESSENTIELLE

3.1.1. GENERALITES
- Algie faciale du à un **conflit vasculo-nerveux** : le **nerf trijumeau est comprimé à son origine par une boucle d' l'artère cérébelleuse supérieure**
- Touchant plus fréquemment les **femmes (2/1) de plus de 60 ans**

3.1.2. SIGNES CLINIQUES
Douleur
- Des territoires innervés par le **V2 (le plus fréquent) ou le V3**
  - Touche rarement le territoire du V1 (rechercher une névralgie symptomatique)
  - Peut toucher 1 ou 2 territoires, mais jamais les 3
- **Très intense,**
- A type de **décharge électrique**
- Durant **quelques secondes**
- Avec **« tic douloureux de la face » :** contracture réflexe des muscles jugaux

Evoluant par crises

- **Répétition de salves pendant quelques minutes**
- Avec absence de douleur entre les salves

Facteur déclenchant :

- **Stimulation d'une zone gâchette** : **par effleurement cutané**, à la mastication, à l'ouverture de la bouche,…

Possibles signes dysautonomiques en fin de crise

Examen neurologique inter-critique sans anomalie

3.1.3. EXAMENS PARACLINIQUES

- **IRM cérébrale** à la recherche d'une boucle vasculaire au conctact du nerf

3.2. NEVRALGIE SYMPTOMATIQUE

3.2.1. PHYSIOPATHOLOGIE

- **Lésion du noyau du V ou du nerf lui-même sur son trajet**
- **Etiologies :**
  - Traumatiques : fracture du rocher
  - Vasculaire : AVC du tronc cérabral, anévrysme du tronc basilaire, thrombose du sinus caverneux
  - Infectieux : zona du ganglion de Gasser
  - Tumoral : tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, méningite carcinomateuse
  - Inflammatoire : sclérose en plaque

3.2.2. SIGNES CLINIQUES

Particularités de la douleur

- Touche essentiellement le **V1**
- D'intensité moins importante
- Avec **fond douloureux permanent**
- **Sans facteur déclenchant**
- Selon l'étiologie, possible atteinte bilatérale

Examen neurologique inter-critique anormal : déficit du V

- **Hypoesthésie de la face**
- **Déficit moteur des muscles masticateurs**
- **Aréfléxie cornéenne**
- Selon l'étiologie, possibles symptomes associés

3.2.3. EXAMENS PARACLINIQUES

- **IRM cérébrale systématique**
- Autres examens paracliniques selon les hypothèses diagnostiques envisagées

3.4. TRAITEMENTS

3.4.1. TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

- Systématique en cas de névralgie symptomatique

3.4.2. TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

Traitement médical

- **Carbamazépine**

Si échec : traitement chirurgical

- Intervention de Janetta, de décompression vasculaire du V
- Thermocoagulation percutanée du ganglion de Gasser
  - Hypoesthésie séquellaire dans 20% des cas

TABLEAU RECAPITULATIF DES DIFFERENCES SEMIOLOGIQUES			
	MIGRAINE SANS AURA	**ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE**	**NEVRALGIE TRIJUMENALE**
AGE DE DEBUT	20-40ans	20-40ans	**>60 ans**
SEX RATIO	1/3	**5/1**	1/2
PERIODICITE	Partielle	**Circadienne et circannuelle**	Absente
FACTEURS DECLENCHANT	Variées	**Alcool Hypoxie**	Stimulation de **zones gâchettes**
DUREE	4h à 3 jours	**15min à 3h**	Crises de quelques minutes avec salves de quelques secondes
INTENSITE	**Modérée à sévère**	Sévère à très sévère	Sévère à très sévère
TYPE DE DOULEUR	**Pulsatile**	**Térébrante**	**Electrique**
LATERALISATION	Possible	**Stricte**	**Stricte**
TOPOGRAPHIE	**Hémicrânienne**	**Péri-orbitaire**	**Mandibulaire et/ou maxillaire**
DYSAUTONOMIE	Possible	**Importante**	Possible en fin de crise
SIGNES COMPORTEMENTAUX	**Repli**	**Agitation motrice**	**Contracture faciale**

ITEM 97

4. AUTRES

4.1. NEVRALGIE DU GLOSSO-PHARYNGIEN

Diagnostic

Interrogatoire :

- Douleurs similaires à une Névralgie du V,
- Différentes par leur topographie et leurs facteurs déclenchants
- Territoire du IX = Base de la langue, amygdale, conduit auditif externe
- Facteurs déclenchants = parole, déglutition, mouvements du cou

Imagerie : IRM cérébrale systématique

4.2. NEVRALGIE D'ARNOLD

4.2.1. GENERALITES

- Cause rare et très surdiagnostiquée de céphalée

Mécanisme :

- Il s'agit d'une douleur provoquée par la compression du nerf Grand Occipital (branche postérieure de C2) et/ou du nerf Petit Occipital.
- Nerf Grand Occipital : innerve le cuir chevelu de l'occiput jusqu'au vertex
- Nerf Petit Occipital : innerve la région rétro-auriculaire.

Etiologies :

- Idiopathique
- Lésion locale : arthrose C1-C2, polyarthrite rhumatoïde, pincement musculaire
- Inflammation : sclérose en plaque, vascularite…

4.2.2. DIAGNOSTIC

Interrogatoire :

- Céphalée unilatérale paroxystique avec parfois un fond chronique
- Crises plusieurs fois par jours pendant quelques jours
- Majorée voire déclenchés à la mobilité de la tête, à la mastication…
- Début spontané ou suite à une exposition au froid, un mouvement de nuque…

Cliniquement :

- Douleur à la palpation du point d'émergence,
- Sensibilité +/- hypoesthésie du territoire concerné,
- Contracture musculaire, diminution de l'amplitude articulaire de la nuque.

Test diagnostique :

- Douleur soulagée par l'infiltration d'anesthésiques.
- A discuter si doute diagnostique

Discuter imagerie type IRM si présentation atypique

4.2.3. PRISE EN CHARGE

Traitement des crises uniquement :

- Anti-inflammatoires parfois associés aux anti-épileptiques
- +/- infiltration locale de corticoïde ou d'anesthésiant si échec.

4.2.4. HEMICRANIES PAROXYSTIQUES

Généralités

- Touchant essentiellement les **femmes,**
- Elles se présentent sous forme de **douleur péri-orbitaire**
- Avec **signes neuro-végétatifs** (rhinorrhée, larmoiement).
- Il en existe **2 types** :
  - Les **SUNCT** (Short-lasting Unilateral Neuralgiform with Cunjunctival injection and Tearing)
    - Dont les crises durent de quelques secondes à **4 minutes**
    - et sont **extrêmement fréquentes** (jusqu'à 200 par jour).
    - La douleur est généralement d'allure **neuropathique**
  - L'**hémicranie paroxystique chronique**
    - Dont les crises durent de 3 à **30 secondes**
    - Plus de 10 fois par jour
- Un **critère diagnostic** de l'hémicranie paroxystique chronique est sa **disparition complète sous Indométacine**





Conférences de consensus – Recommandations **ITEM 97**

Année	Source	Titre
2002	ANAES	Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et l'enfant : aspects cliniques et économiques

Sujets tombés à l'ECN **ITEM 97**

Année	Contenu
2011	Traitement d'une migraine

Chapitre 4

UE 4
Item 98

CEPHALEES AIGUËS ET CHRONIQUES CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- *Diagnostiquer une céphalée aiguë et une céphalée chronique*
- *Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge*
- *Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.*

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- ***Syndrome méningé***
- ***Hypertension intracrânienne***
- ***Syndrome de Vasoconstriction Cérébrale Reversible***
- ***Leucoencéphalopathie Postérieure Reversible***
- ***Apoplexie Pituitaire***
- ***Céphalées de tension, céphalée chronique quotidienne***

Pour mieux comprendre

- Les céphalées constituent 15% des admissions aux urgences.
- **L'essentiel de ce cours n'est surtout pas de retenir par cœur les différentes étiologies.**
- **Il faut savoir évoquer rapidement les causes graves de céphalées aiguës et orienter sa prise en charge.**

Plan du chapitre :

1. Généralités
    1. Introduction
    2. Etiologies
2. Céphalées aiguës
    1. Généralités
    2. Cas Particuliers
3. Céphalées chroniques
    1. Types de céphalées
    2. Céphalées chroniques quotidiennes
    3. Céphalées de tension





ITEM 98

1. GENERALITES

1.1. INTRODUCTION

Définitions

- Primaire : sans lésion associée (migraines, algies vasculaires, céphalées de tension).
- Secondaire : faisant suite à une lésion identifiée (infection, traumatisme…)

Règle d'or : TOUTE CEPHALEE EST SECONDAIRE ET URGENTE JUSQU'A PREUVE DU CONTRAIRE.

Epidémiologie

Céphalées = 15% des consultations aux urgences

Entre 30 et 70% auront un bilan négatif

1.2. ETIOLOGIES

Vasculaires :

- HTA, Syndrome d'hyperviscosité (polyglobulie, IgM Monoclonale…)
- Syndrome de Vasoconstriction Cérébrale Reversible (SVCR → post partum ++)
- Leucoencéphalopathie Posterieure Reversible (PRES → HTA)
- Malformation artério-veineuse non rompue
- Dissection des artères cervicales (Carotides ou vertébrales)
- Thrombophlébite cérébrale
- Maladie de Horton, autres vascularites…

Infectieuses :

- Méningite, Méningo-encéphalite, abcès cérébraux…
- Syndrome pseudo-grippal

Autres :

- Prises de médicaments ou toxiques
- Hypercapnie chronique (insuffisance respiratoire), Intoxication au CO…
- Pathologies sinusiennes ou dentaires
- Névralgie d'Arnold
- Processus expansif

ITEM 98

2. CEPHALEES AIGUES

2.1. GENERALITES

2.1.1. ELIMINER LES URGENCES VITALES

Syndrome méningé :

- Céphalée en casque, diffuse, intense.
- Vomissements ou jet ou simple nausée
- Photophobie, phonophobie, raideur de nuque (signes de Kernig + Bruzinski)
- = évocateur de Méningite (si fièvre) ou d'hémorragie méningée (sans fièvre)

Hypertension intracrânienne :
- Céphalée matinale progressive, aggravée par toux / effort / décubitus
- Vomissements en jet soulageant les céphalées,
- Diplopie horizontale par attente du VI uni ou bilatéral,
- Eclipses visuelles, œdème papillaire au fond d'œil
- PL = pression d'ouverture > 15%
- = Hydrocéphalie, processus expansif, thrombose veineuse cérébrale

2.1.2. ORIENTATION DIAGNOSTIQUE
Céphalée brutale : Cause vasculaire ++, recherche un AVC (Piège = GAFA)
Céphalée progressive : HTIC, processus exapansifs
Céphalée fébrile : Méningite
Céphalée avec cervicalgie : dissection carotidienne ++, recherche un syndrome de Claude-Bernard-Horner (ptosis-myosis-énophtalmie)

2.1.3. IMAGERIE
Devant toute céphalée inhabituelle = TDM cérébrale non injectée en urgence
- On peut sursoir à l'imagerie uniquement ches les patients migraineux qui décrivent « leur crise » habituelle.
- En cas de scanner normal, il faut réaliser une PONCTION LOMBAIRE

A noter, on retrouve un scanner normal dans :
- **10% des hémorragies méningées**
- **30% des thromboses veineuses cérébrales**
- **Quasiment toutes les méningites et toutes les dissections vasculaires**

Dans l'idéal : IRM ++

2.2. CAS PARTICULIERS

2.2.1. TVC
Triade diagnostique :
- **Céphalée**
- **Epilepsie**
- **Déficit focal**

Contexte evocateur :
- **Femme jeune**
- **Pilule œstro-progestative et tabac,**
- **Post partum récent**

Prise en charge :
- **Diagnostique = Scanner sans et avec injection puis IRM pour confirmation**
- **Prise en charge = Anticoagulation à dose efficace**
- **+/- PL soustractive si céphalées intenses,**

Astuces : sur une TVC en post partum, la **Coumadine** est le SEUL AVK autorisé durant l'allaitement.

2.2.2. HTIC IDIOPATHIQUE
Contexte :
- **Femme jeune, obèse**
- **+/- endocrinopathie surrénalienne**
- **+/- prise de vitamine A**

Clinique : Syndrome d'HTIC
Paraclinique : PL retrouvant une pression d'ouverture > 25cm d'eau (+ 15%) allongé





Risques : Atrophie du nerf optique avec cécité

Prise en charge : PL soustractives, perte de poids, Acétazolamide

2.2.3. HYPOTENSION INTRA-CRANIENNE

2 étiologies : Syndrome post-PL et idiopathique

Clinique : céphalée posturale, hypoacousie, nausées, acouphènes +/- paralysie du VI (ressemble cliniquement au syndrome d'HTIC)

IRM :

- Réhaussement intense des méninges
- Ptose des amygdales cérébelleuses et du métencéphale, plaqués contre le clivus

Perte du caractère postural = complication (thrombose veineuse ou hématome sous dural).

Syndrome post PL

- Apparait quelques heures après la PL,
- Dépend des caractéristiques de l'aiguille utilisée,
- Prise en charge : Blood patch et hydratation

Pièges : en cas de PL récente, l'IRM pourra montrer des hypersignaux T2 qui peuvent également être compatibles avec une méningite…

2.2.4. SVCR

Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible :

- Céphalée en coup de tonnerre, après coït / effort…
- Contexte du post partum ou de substances vaso-actives
- Durent 5 minutes à plusieures heures, par crises de 1-3 semaines
- Angio-IRM : le plus souvent normal
- Artériographie : sténose diffuse reversible en moins de 3 mois

Traitement par **Nimodipine**

2.2.5. PRES (POSTERIOR REVERSIBLE ENCEPHALO-PATHY SYNDROM)

Leucoencéphalopathie postérieure réversible :

- Œdème cérébral prédominant dans la région occipitale, en lien avec une hypertension artérielle importante.
- Cette atteinte provoque des **troubles visuels**

Donc devant un trouble visuel dans un contexte hypertensif :

1. Fond d'œil pour éliminer une rétinopathie hypertensive ou un décollement de rétine
2. IRM cérébrale à la recherche d'un PRESS

!! Devant un trouble visuel dans un contexte de pré-éclampsie (cas typique), rechercher les 2 causes → Décollement de rétine / PRESS

!! Le PRESS est « à la mode » notamment chez les neurologues et réanimateurs ces dernières années

2.2.6. APOPLEXIE HYPOPHYSAIRE

Chez un patient porteur d'un adénome hypophysaire,

Tableau de « Méningite aseptique » :

- Céphalée brutale rétro-orbitaire,
- Syndrome méningé
- **Atteinte des voies optiques =** BAV, Hémianopsie bitemporale
- **Atteinte oculomotrice =** diplopie, ophtalmoplégie
- **Atteinte endocrine =** insuffisance hypophysaire aiguë
- **Parfois fièvre, troubles de la conscience…**

Correspond en fait à une pseudo-hémorragie méningée par nécrose d'une partie de l'adénome.

3. CEPHALEES CHRONIQUES

3.1. TYPES

3.1.1. CEPHALEES CHRONIQUES PERMANENTES

- Céphalées de tension
- Céphalées post-traumatiques
- Céphalées médicameuses
- Intoxication chronique au CO

3.1.2. CEPHALEES CHRONIQUES PAROXYSTIQUES

- Migraines, Névralgies, Algies vasculaires
- Poussées d'hypertension récidivante
- Malformation artério-veineuse

3.2. CEPHALEES CHRONIQUES QUOTIDIENNES (CCQ)

3.2.1. DEFINITION

- Cephalées pendant **au moins 15 jours par mois,**
- **Pendant au moins 3 mois**

3.2.2. TYPES DE CCQ

- **Eliminer une CCQ secondaire par anomalie de pression intra-cranienne :**
  - Hypertension intra-crânienne idiopathique
  - Hypotension cérébrale, évoquée devant le **caractère postural** de la symptomatologie : disparaissant au décubitus, réapparaissant au levé

2 types de céphalées chroniques quotidiennes :

- **Abus médicamenteux**
  - Définit par :
    - Une consommation d'antalgiques **non opioïdes** au moins **15 jours par mois** depuis au moins **3 mois**
    - Une consommation d'**antalgiques opioïdes ou d'antimigraineux de crise** au moins **10 jours par mois** depuis au moins **3 mois**
  - Disparaît en moins de 2 mois après sevrage médicamenteux
- **Migraines chroniques :**
  - CCQ primaire avec **au moins 8 jours de migraine par mois**
  - Persiste 2 mois après sevrage médicamenteux

3.2.3. FACTEURS DE RISQUE

- **Troubles psychiatriques** (trouble anxieux généralisé, épisode dépressif caractérisé) car favorisent la prise médicamenteuse anticipatoire chez les migraineux
- **Trouble sévère du sommeil**, syndrome d'apnée du sommeil
- Surpoids
- Evènements de vie stressant

3.2.4. FACTEURS D'ENTRETIEN

- Symptomes anxio-dépressifs
- Contractures cervico-scapulaires





3.3. CEPHALEES DE TENSION

3.3.1. CLINIQUE

Contexte :

- Concernera 30 à 80% de la population sur une vie entière,
- Souvent associées aux migraines,
- Sex ratio = 1

Céphalées :

- Bilatérales « en casque » ou « en bandeau »
- A type de pression durant 1h à 1 semaine
- Episodique si < 15jrs par mois
- Chronique si ≥ 15jrs par mois pendant > 3 mois

3.3.2. PRISE EN CHARGE

- **Scanner cérébral :** systématique si début > 50 ans ou modification récente
- **Traitement de crise :** prise d'AINS ou paracétamol pendant 8-10 jrs par mois maximum
- **Traitement de fond :** possible par Amitriptyline si céphalée chronique

Conférences de consensus – Recommandation ITEM 98

Année	Source	Titre
2004	ANAES	Céphalées Chroniques Quotidiennes
2014	SFETD	Démarche diagnostique devant une céphalée chronique quotidienne

Sujets tombés à l'ECN ITEM 98

Année	Contenu
2011	Traitement d'une migraine

Chapitre 5

UE 5
Item 115

LA PERSONNE HANDICAPEE : BASES DE L'EVALUATION FONCTIONNELLE ET THERAPEUTIQUE

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- *Connaître les principes de la législation française vis-à-vis de la compensation du handicap et de l'accessibilité (Loi du 11 février 2005), et leurs conséquences sur les pratiques médicales (voir item 54).*
- *Évaluer au plan clinique et fonctionnel une incapacité ou un handicap d'origine motrice, cognitive, sensorielle, viscérale ou génito-sphinctérienne (déficit, limitation d'activité et de participation).*
- *Analyser les principales situations de handicap par l'examen clinique, les questionnaires, les échelles génériques ou spécifiques, et les principales techniques instrumentales utilisées en pratique courante.*
- *Acquérir les bases d'évaluation du pronostic et du traitement d'une affection incapacitante sur la base des notions générales de plasticité sous-tendant la récupération fonctionnelle.*
- *Savoir organiser le retour ou le maintien à domicile d'une personne handicapée. Connaitre les principales aides humaines professionnelles pouvant intervenir au domicile de la personne handicapée.*
- *Analyser les implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social.*
- *Favoriser le maintien au travail : connaître les bases de l'organisation de la formation professionnelle et de maintien à l'emploi des personnes handicapées (Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH), le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), Pôle emploi).*

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- *Modèle de Wood : lésion, déficience, incapacité, handicap ou désavantage social*
- *Echelles d'évaluation génériques et spécifiques*
- *CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées*
- *MDPH : maison départementale des personnes handicapées*
- *Prise en charge pluridisciplinaire : hébergement, emploi (et formation), social (et financier), cartes*
- *AAH : allocation adulte handicapé*
- *AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapees*
- *FIPHFP : Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans La Fonction Publique*





Pour mieux comprendre

- Le terme handicap est envisagé par l'OMS comme : « le terme générique qui désigne les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. »
- Ainsi, elle définit une cascade d'évènements (modèle de Wood et ses modifications) : lésion initiale, déficience, incapacité, handicap (ou désavantage social)
- L'enjeu consiste d'une part à évaluer son handicap avec des échelles de mesures et d'autre part à réaliser une prise en charge globale comprenant les facettes sociales, professionnelles et financières.
- Cette prise en charge est coordonnée au sein des MDPH via les CDAPH

Plan du chapitre :

1. Définitions (OMS)
2. Evaluation du handicap
3. MDPH / CDAPH = la loi du 11 fevrier 2005
    1- Principaux principes de la loi
    2- MDPH – CDAPH
    3- Droit à la compensation
4. Prise en charge de l'adulte handicapé
    1- Formation et emploi
    2- Aides financières et sociales
    3- Hébergement
    4- Cartes
    5- Aides médico-sociales
5. Invalidité

ITEM 115

1. DEFINITIONS (OMS)

1.1. GENERALITES

1.1.1. DEFINITIONS

Handicap :

- **En France = Loi du 11 février 2005**
    - « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute ***limitation d'activité ou restriction de participation*** à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »
- **Selon l'OMS :** Terme générique désignant les déficiences, limitation d'activité et restrictions de participation

C I F CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT (selon OMS)

Définition :

- **CIF = Classification internationale du fonctionnement**
- Réalisée par **l'OMS en mai 2001 avec quelques précisions jusqu'à 2012**
- Remplace la CIDIH = Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps
- **But** :
    - Elle pose certains principes et définitions concernant le handicap
    - Elle propose des classifications permettant d'évaluer celui-ci

1ère partie :

- Fonctions organiques (« physiologiques ») et anatomiques (« parties du corps »)
- **Déficience** = niveau **lésionnel** = altération d'une fonction organique ou anatomique **(« anomalie à l'examen clinique »)**
  - Détail → Toute perte de substance ou altération d'une fonction organique ou d'une structure psychologique, anatomique, physiologique
  - Exemple : audition, vision, langage (phasie), praxie,…
- **Incapacité =** Exécution d'une **tâche**
  - Détail → Toute réduction partielle ou totale de la capacité à réaliser une activité dans les limites considérées comme normale pour l'être humain.
  - Exemple : comportement, communication, locomotion, soins corporels
- **Participation =** Rôle social du sujet = niveau de désavantage social
  - Restriction de participation → Préjudice subit du fait d'une déficience et/ou d'une incapacité, limitant ou interdisant le(s) rôle(s) considérés comme normal(aux) d'un individu
  - Exemple : intégration sociale, indépendance économique…

2e partie :

- Facteurs environnementaux : individuels (domicile, travail, école) ou sociaux (services, structures sociales, règles de conduites)
- Facteurs personnels : âge, sexe, condition physique

Exemple : Sujet de 70 ans avec compression médullaire suite à une chute

- *Déficiences :*
  - Motrice : paralysie des membres inférieurs
  - Sensitive : hypoesthésie des membres inférieurs
  - Génito-sphinctérienne : troubles de la miction, incontinence
  - Psychologique : dépression, anxiété
- *Limitations d'activité :*
  - Perte des soins personnels (douche, alimentation etc.)
  - Perte de la locomotion
- *Restrictions de participation :* perte des activités nécessitant un déplacement etc.
- *Facteurs environnementaux :*
  - Personnels : domicile inaccessible, accès réduit au lieu de travail
  - Sociétaux : accès mairie, gares…
  - Personnels : sujet âgé, risque de décompensation sur plusieurs modes…

1.1.2. CONCEPT DE QUALITE DE VIE

- **Définition selon l'OMS :**
- Sentiment subjectif de complet bien être physique, moral et social
- En pratique, concept qui diffère du handicap car complètement subjectif
- Ex : un paraplégique peut avoir une QdV satisfaisante malgré son handicap

1.1.3. C I D I H

Définition :

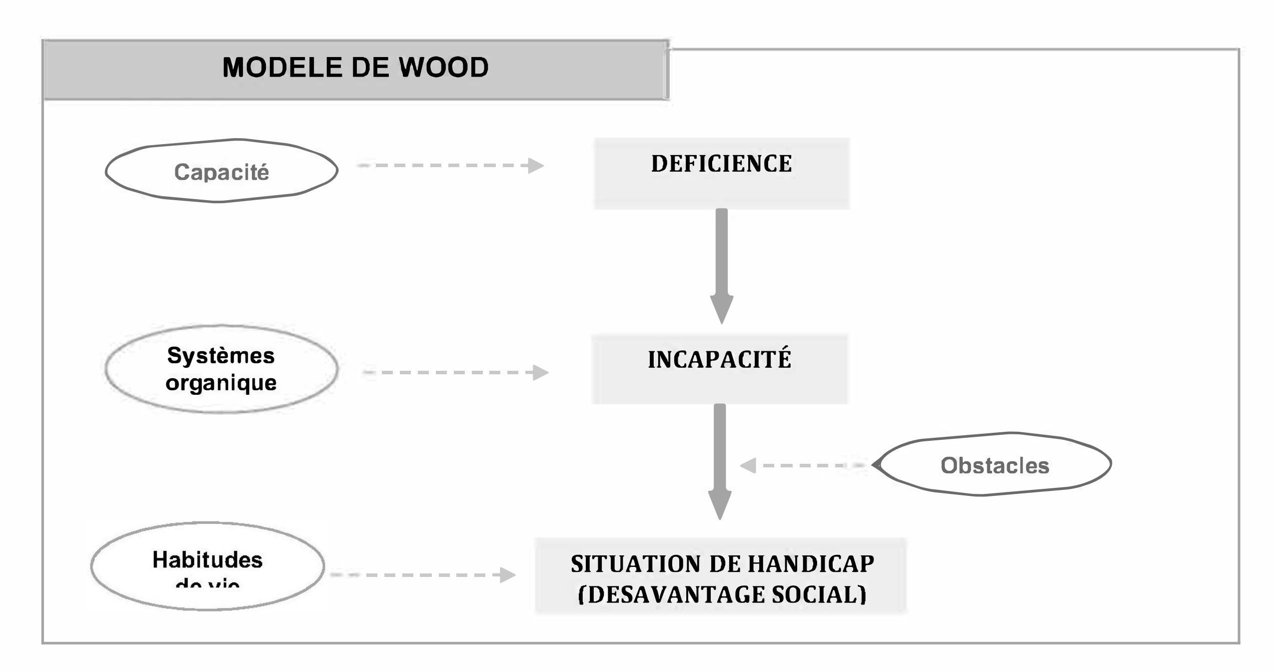
- **CIDIH = Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps**
- **Synonyme = Modèle de WOOD**
- Créé en 1980
- « Remplacé » en 2001 par la CIF, cependant cette nouvelle classification est largement inspirée de l'ancienne CIDIH





Modèle de Wood ou modèle CIDIH :

- Définit l'enchaînement et la relation entre la déficience, l'incapacité, le handicap et l'environnement
- Cf ci-dessous



1.2. EXEMPLES D'APPLICATION EN NEUROLOGIE (pour compréhension)

	DEFICIENCES	INCAPACITÉS
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	**Les déficiences au cours d'un AVC sont spécifiques du territoire neurologique atteint :** Motrices et de l'appareil locomoteur : • **Déficit sensitif** • **Déficit moteur** (hémicorporel,…) • Trouble du **tonus** Du langage et de la parole : **aphasie** De la vision : • **Hémianopsie** latérale homonyme • Troubles de l'**oculomotricité** (lésion fosse postérieure) De la fonction urinaire : **incontinence** urinaire De la fonction et de la sphère digestive : • Troubles de la **déglutition** • Incontinence **anale** Intellectuelles et/ou troubles du psychisme et/ou difficultés du comportement : • **Négligence spatiale** • **Dépression**	• **Comportement** • **Communication** – **Attention : ≠ Aphasie (qui est une déficience)** • **Locomotion** : mobilité (atteinte motrice et atteinte visuelle) • **« Soins corporels »** : – Toilette – S'habiller – (A part : uriner, se nourrir) • Retentissement sur les **aptitudes à la vie professionnelle** et aux **occupations** : – **Membres supérieurs : préhension** – **Membres inférieurs : locomotion, transferts** – **Vision**

PARAPLEGIE PAR LESION MEDULLAIRE	• Motrices et de l'appareil locomoteur : – **Déficit sensitif** (sous-lésionnel) – **Déficit moteur** (sous-lésionnel) – Trouble du **tonus** • De la fonction urinaire : **incontinence** urinaire • De la fonction et de la sphère digestive : – Incontinence **anale** • Intellectuelles et/ou troubles du psychisme et/ou difficultés du comportement : – **Dépression**	• **Locomotion** : mobilité, marche, verticalisation (atteinte motrice) • **« Soins corporels »** : – Toilette (moteur et incontinence) – Habillement (moteur) • Retentissement sur les **aptitudes à la vie professionnelle** et aux **occupations** : – **Mobilité limitée**
TRAUMATISME CRANIEN	• Déficience intellectuelle, troubles cognitifs (MMS) : – Langage – Mémoire – Atteinte frontale (raisonnement, jugement, existence ou non de persévérations, prise d'initiative) • Difficulté de comportement • Autres déficiences en relation avec des atteintes neurologiques secondaires au traumatisme crânien	• **Comportement** • **Communication** • Retentissement sur les **aptitudes à la vie professionnelle** et aux **occupations**

ITEM 115

2. EVALUATION DU HANDICAP

2.1. ECHELLES D'EVALUATION

2.1.1. DEFINITION

Définition :

- Echelles permettant de **quantifier une incapacité ou une déficience** et d'**évaluer le handicap.**
- Il en existe de **deux types :**
  - **Générique : non spécifique à la pathologie étudiée**
  - **Spécifique : spécifique à la pathologie étudiée**

Six critères de qualité :

- **Simples**
- **Sensibles**
- **Acceptables**
- **Validés**
- **Reproductibles**
- **Pertinents**
- **Fiables**







2.1.2. EVALUATION DES DEFICIENCES

Douleur : EVA, Echelle numérique, Echelle visuelle simple
Paralysie : Testing musculaire du MRC
Raideur articulaire : amplitudes actives et passives (en degré)
Spasticité : Echelle d'Ashworth
Détérioration cognitive : MMS (attention : anomalie au MMS ne pose pas le diagnostic de démence)
Coma : Glasgow coma scale

2.1.3. EVALUATION DE LA FONCTION

Echelles spécifiques
Coxarthrose et gonarthorse : Indice de Lesquesne
Equilibre : time up and go
Préhension (dans la PR) : Indice de Duruöz
Traumatismes médullaires : Score Asia

Echelles génériques
Indépendance fonctionnelle : MIF et MIF Mômes
Handicap global : Echelle de Rankin (AVC ++)
Lésions neurologiques : Index de Barthel (hémiplégie ++)
Activités instrumentales : Echelle de Lawton (IADL)

2.1.4. EVALUATION DU HANDICAP

Modalités d'évaluation du handicap

- Holistique (= « globale »), intégrant le mode de vie du sujet
- Intérêt +++ du projet de vie du patient
- Le **projet de vie** doit être exprimé par le patient lors de tout acte médical
- La MDPH s'appuie sur ce projet de vie pour les missions de compensation

2.1.5. EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE

Utilisation d'échelles génériques et spécifiques

- **WHOQOL**
- **Nottingham Health Profile**
- **Questionnaire SF36**

2.2. EXEMPLES D'ECHELLES D'EVALUATION (pour information)

2.2.1. GRILLE AGGIR = AUTONOMIE GERONTOLOGIE GROUPE ISO-RESSOURCES

Items :

- Cohérence
- Orientation
- Toilette
- Habillage
- Alimentation
- Elimination
- Transferts
- Déplacement à l'intérieur
- Déplacement à l'extérieur
- Communication à distance

Cotations :

- Pour chacun des 10 items, le médecin doit noter :
  A : si le patient fait seul, habituellement, correctement
  B : s'il fait partiellement, non habituellement, non correctement
  C : s'il ne fait pas

2.2.2. MESURE D'INDEPENDANCE FONCTIONNELLE

- Soins personnels (alimentation, toilette, habillage)
- Contrôle des sphincters
- Mobilité, transferts (lit, WC, baignoire)
- Locomotion (marche, escaliers)
- Communication (compréhension, expression)
- Conscience du monde extérieur (interaction sociale, mémoire)

2.2.3. INDEX DE BARTHEL

- Alimentation
- Bain
- Continence rectale
- Continence urinaire
- Déplacements
- Escaliers
- Habillement
- Soins personnels (se lave le visage, se coiffe, se brosse les dents)
- Usage des WC
- Transfert du lit au fauteuil

2.2.4. ECHELLE DE LAWTON (IADL)

- Téléphone
- Faire les courses
- *Cotés historiquement uniquement chez les femmes :*
  - Faire la cuisine
  - Ménage
  - Linge
- Transport
- Médicaments
- Argent

2.2.5. ECHELLE DE RANKIN

0 = Aucun symptôme

1 = Pas d'incapacité significative malgré les symptômes, capable de mener toutes ses obligations et activités habituelles.

2 = Incapacité légère, incapable de mener toutes activités antérieures, mais capable de vaquer à ses occupations sans assistance.

3 = Invalidité modérée, a besoin de quelque aide, mais capable de marcher seul.

4 = Invalidité moyennement sévère, incapable de marcher sans aide et incapable de gérer ses besoins corporels sans assistance.

5 = Invalidité sévère, rivé au lit, incontinent et nécessitant une surveillance et des soins de nursing permanents.





3. MDPH / CDAPH = LOI DU 11 FEVRIER 2005 (et modifications jusqu'à aujourd'hui)

3.1. PRINCIPAUX PRINCIPES

3.1.1. DEFINITION

- C'est l'une des principales lois sur les **droits des personnes handicapées**, depuis la loi de 1975.
- Contenu :
  - Elle définit le handicap (Cf. plus haut)
  - Elle apporte de **nombreux changements** dont l'ampleur est conditionnée par le contenu des textes d'application et les **précisions** qu'ils apportent.
- Les **principaux axes et avancées** de cette loi concernent différents thèmes
  - **L'accueil** des personnes handicapées
  - Le **droit à compensation**
  - Les **ressources**
  - L'**emploi**
  - La **scolarité**
  - L'**accessibilité**
  - **La citoyenneté** et la participation à la **vie sociale**

3.1.2. ACCUEIL DES PERSONNES HANDICAPEES

- La loi crée une **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) dans chaque département** sous la direction du Conseil général
- Chaque MDPH met en place une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne handicapée, et une **Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)** qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne.
- Les COTOREP et CDES sont donc remplacées par la CDAPH et les MDPH.

3.1.3. DROIT A LA COMPENSATION

Ce droit constitue l'**un des principes fondamentaux** de la loi.

- Chaque personne handicapée a **droit à la compensation des conséquences de son handicap**.
- La personne handicapée élabore un **projet de vie**, qui est expliqué à la MDPH via la CDAPH. En fonction de celui-ci, un **plan de compensation** est élaboré à travers la **Prestation de Compensation du Handicap (PCH).**
- Elle permet de garantir 5 grands types d'aide : Humaines, Techniques (ordinateur, fauteuil roulant…), d'aménagement du logement et du véhicule, animalière et enfin des aides exceptionnelles qui aident à couvrir certaines dépenses.

3.1.4. RESSOURCES

- La loi a aussi instauré **deux nouveaux compléments** à l'Allocation Adulte Handicapé :
  - **Le complément de ressources (capacité de travail < 5%)**
  - **La majoration pour la vie autonome** (pour les sujets handicapés capables de travailler mais actuellement sans emplois)

3.1.5. EMPLOI

Travail en entreprise :

- Toutes les entreprises de plus de **20 salariés** doivent employer au moins **6% de travailleurs handicapés,** faute de quoi elles doivent donner une **contribution financière à l'AGEFIPH**
- Cette notion était déjà présente dans les précédentes lois, mais les sanctions ont été renforcées et étendues au domaine public

Modalités et salaires :

- La loi réforme aussi le travail en milieu protégé
- Les **ateliers protégés sont renommés Entreprises adaptées et sortent du milieu protégé**. Ce sont désormais des entreprises du milieu ordinaire ayant pour vocation d'employer en priorité des personnes handicapées.
- Les **CAT sont renommés Etablissement ou Service d'Aide par le Travail (ESAT)**. Les travailleurs ont droit à une rémunération garantie comprise entre 55% et 110% du SMIC, cumulable avec l'AAH. La loi améliore les droits aux congés et à la validation des acquis de l'expérience.

3.1.6. SCOLARITE

Tout enfant ou adolescent DOIT être inscrit à l'école (en milieu ordinaire) de son quartier

- Y compris s'il présente un handicap ou un trouble invalidant
- La loi de 2005 reconnait donc une responsabiltié de l'Education Nationale vis-à-vis de tous les enfants et adolescents
- Elle réaffirme la possibilité de prévoir des aménagements afin que les étudiants handicapés puissent poursuivre leurs études, passer des concours, etc.

Le projet personnalité de scolarisation (PPS)

- Coordonne le déroulement de la scolarité avec l'ensemble des actions pédagogiques, psychologiques, sociales et médicales.
- Les parents sont étroitement associés à l'élaboration et au déroulement du projet.

3.1.7. ACCESSIBILITE

Le principe d'accessibilité pour tous, quel que soit le handicap, est réaffirmé.

- Les critères d'accessibilité et les délais de mise en conformité sont redéfinis.
- Ainsi, les établissements existants recevant du public et les transports collectifs ont eu **dix ans** (jusqu'au 1er janvier 2016) pour se mettre en conformité avec la loi.
- Doivent être rendus accessibles les lieux recevant du public, les logements neufs.

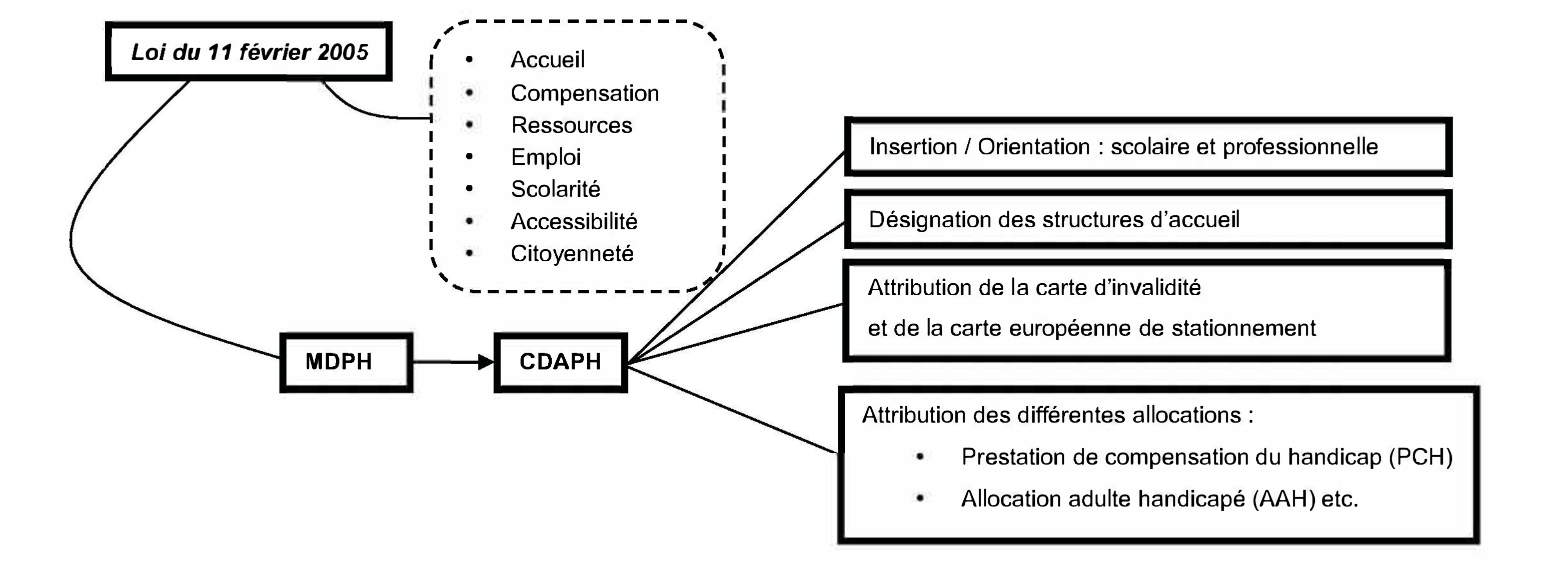
3.1.8. CITOYENNETE

- La loi aborde aussi la question du droit de vote des majeurs placés sous tutelle (qui peuvent être autorisés à voter par le juge des tutelles) ainsi que l'accessibilité des bureaux de vote.
- La question du handicap sera aussi abordée pendant les cours d'éducation civique à l'école primaire et au collège.
- La loi apporte des précisions en matière de communication devant les juridictions administratives, civiles et pénales, et lors du passage du permis de conduire pour les personnes sourdes.

3.1.9. DIVERS

Pour information :

- La reconnaissance de la langue des signes française comme une langue à part entière
- Les critères d'attribution de la carte de stationnement
- Une nouvelle dénomination de carte station debout pénible (carte priorité pour personnes handicapées)
- La majoration pour parents isolés d'enfants handicapés
- L'agrément « vacances adaptées organisées »
- L'accès aux lieux ouverts au public pour les chiens guides d'aveugle ou d'assistance



MODIFICATIONS APPORTEES PAR LA LOI DU 11 FEVRIER 2005
(+ modifications ultérieures ministérielles jusqu'à maintenant)

	AVANT LA LOI DU 11 FEVRIER 2005 (à titre informatif)	APRES LA LOI DU 11 FEVRIER 2005 + PRECISIONS DU MINISTERE
STRUCTURES GENERALES	COTOREP = COmmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel CDES = Commission Départementale de l'Education Spéciale) SVA = Service pour la Vie Autonome	**CAPH = Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées** **MDPH = Maison Départementale des Personnes Handicapées**
RESSOURCES	Complément d'AAH	**Complément de ressources OU Majoration pour vie autonome**
	ACTP = Allocation Compensatrice pour Tierce Personnes	**Prestation de compensation**
	AES = Allocation d'Etude Spécialisée	**AEEH = Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé**
	APP = Allocation de Présence Parentale	**AJPP = Allocation Journalière de Présence Parentale**
EMPLOI	Catégories ABC	**Disparition du classement ABC**
	AP = Ateliers Protégés CDTD = centres de distribution de travail à domicile	**Entreprises adaptées**
	CAT = Centre d'Aide pour le travail	**Etablissement ou service d'aide par le travail (ESAT)**
SCOLARITE	-	**ESS = Equipe de Suivi Spécialisé** **PPS = Projet Personnel de Scolarisation**
AUTRES	Carte « station debout pénible »	**Carte de priorité pour personne handicapée**

PS : Une mesure établie avant la loi de 2005 : la carte macaron grand invalide civil (GIC) n'existe plus et a été remplacée par la carte européenne de stationnement.

3.2. M D P H et C D A P H

3.2.1. M D P H

Maison Départementale des Personnes Handicapées :

- **Créée par la loi du 11 février 2005**
- **Lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées, présent dans chaque département**
- Sous l'égide des **Conseils Généraux**
- Permet un **accès unifié aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées**
- **« Exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps »** selon le Ministère de la Santé et des Solidarités (février 2007)

Missions :

- Elle **informe et accompagne** les personnes handicapées et leur famille dès l'annonce du handicap et tout au long de son évolution.
- Elle met en place et **organise l'équipe pluridisciplinaire** qui évalue les besoins de la personne sur la base du projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation du handicap.
- Elle assure l'**organisation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)** et le suivi de la mise en œuvre de ses décisions, ainsi que la gestion du fonds départemental de compensation du handicap.
- Elle **reçoit toutes les demandes de droits ou prestations** qui relèvent de la compétence de la Commission des droits et de l'autonomie.
- Elle organise une mission de conciliation par des personnes qualifiées.
- Elle **assure le suivi** de la mise en œuvre des décisions prises.
- Elle organise des **actions de coordination** avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et désigne en son sein un référent pour l'insertion professionnelle.
- Elle met en place un numéro téléphonique pour les appels d'urgence et une équipe de veille pour les soins infirmiers.

3.2.2. C D A P H

Commission des Droits de l'Autonomie des Personnes Handicapées

- **Remplace la COTOREP** et la CDES
- Nouvelle instance crée par la loi du 11 février 2005 chargée des **décisions d'attribution des prestations et d'orientation**
- Située **au sein de la MDPH = Maison Départementale des Personnes Handicapées**

Rôles :

- Elle **évalue les besoins** du sujet handicapé
- Elle **élabore un plan personnalisé de compensation** avec l'équipe d'évaluation
- Elle **prend toutes les décisions concernant les aides et les prestations**
- Elle est responsable des décisions pour l'ensemble des aides proposées (Prestation de compensation, AEEH (ex-AES), AAH, cartes d'invalidité ou de priorité, etc.)
- **= Evaluation des besoins de la personne handicapée, en fonction de son projet de vie et de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire.**

3.2.3. INTERVENANTS DE LA M D P H

La MDPH est dirigée par une commission exécutive composée de :

- **Directeur**, nommé par le Président du conseil général, dirige la MDPH et met en œuvre les délibérations de la commission exécutive.
- **Equipe pluridisciplinaire** évalue les besoins de compensation en fonction du projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation.





- **Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées** prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire et du plan de compensation proposé.
- **Référent** pour l'insertion professionnelle est désigné dans chaque MDPH.
- **Equipe de veille de soins infirmiers** évalue les besoins de prise en charge, met en place les dispositifs nécessaires et gère un service d'intervention d'urgence.
- **Fonds départemental de compensation** est géré par la Maison départementale. Il reçoit les financements de différents contributeurs réunis dans un comité de gestion qui décide de leur emploi.

3.3. DROIT A LA COMPENSATION

3.3.1. DROIT A LA COMPENSATION

Définition :

- Principe posé par la nouvelle loi du 11 février 2005.
- **« La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ».**
- Sa conséquence directe est la création d'un **« plan personnalisé de compensation ».**

Indépendamment du droit à compensation, la loi handicap :

- **Améliore les ressources des personnes handicapées** qui perçoivent l'ancienne allocation aux adultes handicapés (AAH).
- **Réaffirme et renforce les aides existantes** pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées et réduire les obstacles que celles-ci rencontrent dans la vie quotidienne et dans la participation à la vie sociale.

3.3.2. PLAN PERSONNALISE DE COMPENSATION

1ème étape = Evaluation :

- Par **l'équipe pluridisciplinaire**.
- Réalisée dans le cadre d'un **dialogue** avec la personne ou son représentant légal, sur la base de son projet de vie et de référentiels nationaux.
- Se basant sur les **besoins de compensation** de la personne handicapée
- Pouvant donner lieu à une visite sur le lieu de vie de la personne, pour tenir compte de son environnement.

2ème étape = Résultat = Plan personnalisé de compensation :

- **Validé par la CDAPH.**
- Il contient **l'ensemble des éléments** qui permettent la compensation du handicap.
- Il attribue la **Prestation de Compensation du Handicap (PCH)**.

Bonus : L'APA (Aide Personnalisée d'Autonomie)

- Comme expliqué ci-dessus, la PCH concerne uniquement les personnes < 60 ans
- Au-delà de 60 ans, l'aide financière importante à retenir est l'APA
- Elle est attribuée par le **conseil général** du département, selon **des critères d'âges** (> 60ans), de **résidence** (être en situation régulière en France depuis > 3 mois) **et de dépendance** (classification GIR 1 à 4, selon la grille de classement AGGIR)
- L'APA concerne la DEPENDANCE et non pas le HANDICAP

PAP : Plan d'Action personnalisé :

- Aide financière pour les personnes dépendantes malgré un GIR 5 ou 6

3.3.3. PRESTATION DE COMPENSATION HANDICAP (PCH)

Conditions :

- **Sans conditions de ressources.**
- < **60 ans.**

***Pour les aides, retenir :* < 20 ans = enfant / > 60 ans = sujet âgé**

- Sujet résidant de façon stable et régulière en **France.**
- Sujet ayant une **difficulté absolue** à la réalisation d'une activité essentielle de la vie quotidienne (se laver, se déplacer...) ou une difficulté grave pour au moins deux activités.
- Versée en **nature ou en espèces.**

5 types d'aides financées :

1. Aides **humaines** (y compris des aidants familiaux), concourant aux actes essentiels de la vie quotidienne. Exemple : auxiliaires de vie.
2. Aides **techniques** (équipements adaptés ou conçus pour compenser une limitation d'activité). Exemples : achat d'un fauteuil roulant, d'un ordinateur à lecture optique.
3. **Aménagement** du logement, du véhicule ou financement des surcoûts liés au transport.
4. **Aides spécifiques ou exceptionnelles** (lorsque le besoin n'est pas financé par une autre forme d'aide).
5. **Aides animalières**, contribuant à l'autonomie de la personne handicapée. Exemple : entretien d'un chien d'assistance ou d'un chien guide d'aveugle.

3.3.4. PROCEDURE D'OBTENTION

- La demande de Prestation de compensation est exprimée sur un **formulaire remis par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)** qui doit être rempli, signé et complété par diverses pièces justificatives, dont un **certificat médical du médecin traitant.**
- Si elle le souhaite, la personne handicapée commence par exprimer ses besoins et ses aspirations dans son **« projet de vie ».** L'équipe de la MDPH peut apporter une aide pour formuler ce projet de vie.
- **Une équipe pluridisciplinaire** est ensuite chargée d'**évaluer les besoins** de la personne et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de référentiels nationaux. Cette équipe rencontre la personne handicapée et se rend sur son lieu de vie pour apprécier ses besoins.
- A la suite du dialogue avec la personne concernée, l'équipe construit un **« plan personnalisé de compensation »,** qui comprend des propositions en réponse à des besoins divers. Ce plan est transmis à la personne handicapée qui dispose de 15 jours pour faire des observations.
- Le bilan de l'évaluation des besoins et le plan proposé par l'équipe d'évaluation sont présentés à la **Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qui prend toutes les décisions concernant les aides et les prestations**. Les associations de personnes handicapées sont membres de cette Commission à laquelle la personne concernée peut participer ou se faire représenter.
- Le patient reçoit le plan personnalisé définitif avec attribution de la **Prestation de Compensation du Handicap (PCH).**

ITEM 115

4. PRISE EN CHARGE DE L'ADULTE HANDICAPE

4.1. FORMATION ET EMPLOI

4.1.1. RECONNAISSANCE EN TANT QUE TRAVAILLEUR HANDICAPE

La CDAPH :

- Reconnaît, s'il y a lieu, la qualité de travailleur handicapé
- **NE CLASSE PLUS EN CATEGORIES A, B, C DEPUIS LA LOI DE 2005.**





- Elle oriente :
  - Vers une formation,
  - Vers un établissement de travail protégé,
  - Vers un emploi en milieu ordinaire de travail.

Cette reconnaissance d'aptitude au travail est obligatoire pour bénéficier des mesures d'aides à l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

En revanche, la reconnaissance de travailleur handicapé n'a pas d'incidence sur l'attribution des allocations et sur la carte d'invalidité.

Aspects financiers pour l'insertion :

- **Dans le secteur privé, l'AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapees**
- **Dans le secteur public, le FIPHFP : Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapees dans La Fonction Publique**

A noter : en cas de capacité de travail < 5%, la CDAPH peut attribuer le « complément de ressources »

4.1.2. FORMATION PROFESSIONNELLE

Lieux de formations :

- **Etablissements agréés par la Sécurité sociale**, centres de rééducation professionnelle adaptés à des travailleurs handicapés.
- Autres organismes de formation professionnelle.

Différents types :

- Les **centres de rééducation professionnelle :**
  - Ils préparent aux métiers du secteur agricole, industriel ou commercial,
  - Durée d'une à trois années.
  - Pour les stages agréés, les stagiaires en formation sont rémunérés.
- Le **contrat de rééducation chez l'employeur :**
  - But = l'enseignement d'un métier ou le ré-entraînement à l'exercice de l'ancienne profession.
  - Un contrat de travail à durée indéterminée est conclu entre l'organisme de prise en charge, le salarié et l'employeur.
- L'**apprentissage :**
  - Formation théorique et pratique donnée à des jeunes handicapés de 16 à 26 ans, sanctionnée par un diplôme de l'enseignement technique. Il y a contrat de travail et rémunération par l'employeur.

4.1.3. MILIEU DE TRAVAIL

Emploi en milieu ordinaire :

- La CDAPH peut proposer une orientation en milieu ordinaire de travail.
- En revanche, elle ne propose pas d'emplois.
  - En entreprise :
    - Le placement relève de la compétence de **POLE EMPLOI.**
    - Pour la recherche d'emploi, la **CDAPH** peut proposer l'aide d'une Equipe de Préparation et de Suite du Reclassement (EPSR).
    - Diverses dispositions favorisent l'emploi des personnes handicapées : aménagement de poste, aides de l'Etat et de l'AGEFIPH et abattements de salaires compensés.
    - Tout employeur occupant au moins 20 salariés est tenu d'employer 6% de personnes handicapées, la loi prévoyant toutefois d'autres possibilités de s'acquitter partiellement de cette obligation d'emploi (contribution annuelle à l'AGEFIPH,...). La loi de 2005 reconfirme ce pourcentage.

  - Etre reconnu travailleur handicapé par la **CDAPH** permet de faire partie des bénéficiaires de cette loi.
- Dans la Fonction Publique d'Etat, dans la Fonction Publique Territoriale, dans la fonction publique hospitalière
  - L'accès à la Fonction Publique se fait en principe par concours ou par examen.

Entreprises adaptées EA :

- **Lieux :**
  - **Entreprises adaptées**
  - **Et Entreprises adaptées fonctionnant à domicile**
  - **Ces établissements** sortent du milieu protégé
- Ce sont des entreprises employant au moins **80% des travailleurs** handicapés qui peuvent exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leurs possibilités.
- Ces entreprises doivent favoriser l'insertion et la formation professionnelle en tenant compte du handicap du travailleur.
- Certaines EA offrent en sus la possibilité de travailler à domicile, cela représentant les ex CDTD
- Le salaire versé par l'employeur doit être au moins égal à 100% du SMIC

Les établissements ou service d'aide par le travail (ESAT) :

- Etablissements médico-sociaux proposant aux personnes handicapées une activité productive, directement en leur sein ou dans le cadre de détachement en milieu ordinaire.
- Ils offrent les soutiens sociaux, éducatifs, médicaux et psychologiques qui conditionnent cet exercice. Après une période d'essai, la personne handicapée bénéficie de la garantie de ressources (salaire direct versé par l'établissement d'aide pour le travail comprise entre 55% et 110% du SMIC auquel est ajouté complément de rémunération versé par l'Etat).

4.1.4. RETOUR AU TRAVAIL DE LA PERSONNE HANDICAPEE

Reprise de l'activité antérieure au même poste :

- Après visite auprès du médecin de travail
- +/- aides et aménagement de poste

Changement d'activité :

- Dans l'entreprise antérieure (après avis du médecin du travail)
- Dans une autre entreprise

Aides financières :

- **Pendant les 3 premières années d'arrêt maladie** la personne handicapée touche des **indemnités journalières**.
- **Après ces 3 ans d'arrêt,** la personne handicapée est jugée « Invalide » et bénéficie d'une **pension d'invalidité** (si elle était salariée)
- **Invalidité groupe 1 =** activité professionnelle possible
- **Invalidité groupe 2 =** sans activité professionnelle
- **Invalidité groupe 3 =** nécessité de l'aide d'une tierce personne
- Dans les autres cas, attribution de l'AAH

4.2. HEBERGEMENT

4.2.1. DOMICILE

- Avec SSIAD : services de soins à domicile

4.2.2. FOYERS D'HEBERGEMENT

Pour travailleurs handicapés exerçant une activité

- En CAT
- En atelier protégé
- En milieu ordinaire





4.2.3. FOYERS DE VIE OU OCCUPATIONNELS

Pour les personnes handicapées

- N'étant pas en mesure d'exercer une activité professionnelle
- Mais bénéficiant d'un minimum d'autonomie pour accomplir les actes simples de la vie quotidienne.

4.2.4. FOYERS D'ACCUEIL MEDICALISES

FAM :

- Même contexte que les MAS mais pour une population un peu moins dépendante

4.2.5. MAISONS D'ACCUEIL SPECIALISEES

MAS

- Temporaire ou de longue durée
- En internat
- Pour personnes handicapées âgées de **moins de 60 ans**
- Dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants

4.2.6. UNITE POUR LES PERSONNES HANDICAPES VIEILLISSANTES

UPV :

- Redéploiements dans les maisons de retraite de lits vers des unités de ce type

4.3. AIDES FINANCIERES ET SOCIALES

4.3.1. ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES (AAH)

- Elle est attribuée aux personnes dont le taux d'incapacité est au moins **égal à 80% ou aux personnes** dont le taux d'incapacité est inférieur à ce taux et au moins égal à **50% et qui sont, compte tenu de leur handicap, dans l'impossibilité reconnue par la CDAPH de se procurer un emploi.**
  - Attention : ≠ AEEH, > 50% + nécessité d'un établissement adapté
- La CDAPH apprécie cette incapacité sur la base d'un guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

4.3.2. MAJORATION POUR VIE AUTONOME OU COMPLEMENT DE RESSOURCES

Ne sont pas cumulables l'un avec l'autre

- Se distinguent par certains critères :
  - **Majoration pour vie autonome** = destinée aux personnes handicapées qui peuvent travailler mais ne travaillent pas. Elle a pour objectif de favoriser la vie autonome en allégeant les charges d'un logement indépendant.
  - **Complément de ressources** = s'adresse aux personnes handicapées qui se trouvent dans l'incapacité quasi absolue de travailler **(capacités < 5%).** Ce complément **majore leur AAH** à taux plein pour constituer la Garantie des Ressources aux Personnes Handicapées (GRPH). Celle-ci vise à permettre une vie aussi autonome que possible aux personnes handicapées durablement privées de revenu d'activité.

4.3.3. AIDE AU LOGEMENT

- Allocation au Logement à caractère Social (ALS), Allocation de Logement à caractère Familial (ALF) ou Aide Personnalisée au Logement (APL).
- Demande à formuler auprès de la Caisse d'Allocations Familiales.

4.3.4. PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

Conditions

- **Sans conditions de ressources.**
- Age < **60 ans.**

!! Cas particulier : la PCH concerne donc administrativement les ENFANTS (< 20 ans) et les ADULTES (< 60 ans), mais pas les personnes âgées

- Sujet ayant une **difficulté absolue** à la réalisation d'une activité essentielle de la vie quotidienne ou une difficulté grave pour au moins deux activités.
- Versée en **nature ou en espèces.**

Types d'aides financées :

- Aides **humaines**
- Aides **techniques aménagement** du logement et du transport.
- **Aides spécifiques ou exceptionnelles**
- **Aides animalières**, contribuant à l'autonomie

4.4. CARTES

4.4.1. CARTE D'INVALIDITE

Taux d'invalidité supérieur ou égal à 80%

- Elle est délivrée sur commande par le préfet ; durée déterminée par la CDAPH ; personnes qui résident en France. La CDAPH évalue le taux d'incapacité de la personne handicapée sur la base d'un barème
- Elle procure des avantages fiscaux ainsi que des avantages dans les transports en commun.

4.4.2. CARTE DE PRIORITE POUR PERSONNE HANDICAPEE

- **Taux d'invalidité inférieur à 80%**
- Personne ne pouvant maintenir la station debout prolongée

4.4.3. CARTE EUROPEENNE DE STATIONNEMENT

- Elle permet à son titulaire ou à son accompagnateur d'utiliser les places réservées à l'attention exclusive des véhicules des personnes handicapées.
- Peuvent y prétendre les personnes handicapées titulaires de la carte d'invalidité et qui présentent un handicap physique, sensoriel ou mental qui réduit de façon importante l'autonomie de déplacement ou qui impose d'être accompagné par une tierce personne lors des déplacements.
- Elle est délivrée pour la même durée que la carte d'invalidité.

4.5. AIDES MEDICOSOCIALES

4.5.1. AIDES HUMAINES

- **Infirmière à domicile**
- **Aide soignante à domicile**
- **Tierce personne (assistant dans la vie privée) :**
- **Famille**
- **Auxiliaire de vie (associations)**
- **Aides ménagères (courses, entretien)**

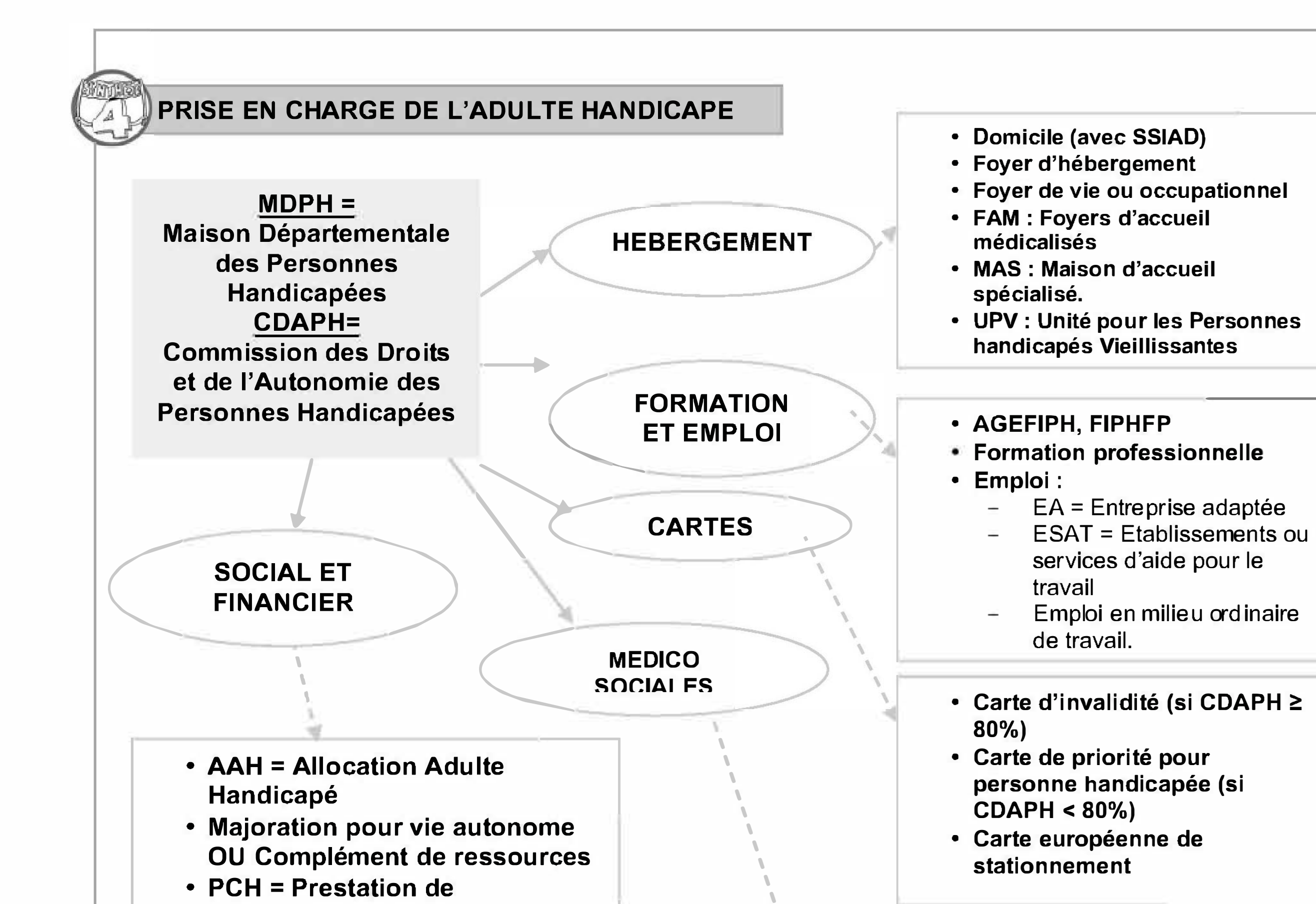
4.5.2. SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAUX

- **HAD : Hospitalisation A Domicile**
- **SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile (décret 2004) :**
  - Actes infirmiers pour les sujets âgés dépendants ou les adultes handicapés (de moins de 60 ans)





- **SAVS : Service d'Aide à la Vie Sociale :**
  - Accompagnement social
- **SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés**
  - Accompagnement social, médical et para-médical
- **SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile**



- **AAH = Allocation Adulte Handicapé**
- **Majoration pour vie autonome OU Complément de ressources**
- **PCH = Prestation de Compensation Handicap**
- **Aide au logement :**
  - ALS = aide au logement à caractère social
  - APL = aide personnalisée au logement
  - ALF = allocation logement à caractère familial
- **Affectation à l'assurance vieillesse systématique = passage direct à la « retraite au titre d'inaptitude »**

- **Aides humaines**
- **Services d'accompagnement médico-sociaux**
  - HAD : hospitalisation à domicile
  - SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
  - SAVS : Service d'aide à la vie sociale :
  - SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)
  - SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

5. INVALIDITE

5.1. OBJECTIF

- **Apporter une aide financière aux travailleurs âgés de moins de 60 ans qui ont perdu au moins les 2/3 de leur capacité de travail**

5.2. DEFINITION

- **« Incapacité** acquise par un **assuré social**
- **Par suite d'un accident ou d'une maladie non professionnelle** ou d'une usure prématurée de l'organisme
- Et qui, de ce fait, n'est **pas en mesure de se procurer,** dans une profession quelconque, **un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale** perçue par un travailleur de la même catégorie professionnelle à laquelle il appartenait. »

5.3. CONDITIONS D'ACCES

- La perte de la capacité de travail ou de gain doit être due :
  - A une maladie ou un accident **non professionnel**
  - A une usure prématurée de l'organisme
- Le travailleur doit :
  - Etre **âgé de moins de 60 ans**
  - Etre **immatriculé depuis 12 mois** au premier jour du mois au cours duquel débute l'affection invalidante
  - Justifier d'un **minimum d'heures de travail (donc les personnes n'ayant jamais travaillé ou peu travaillé ne pourront avoir de pension d'invalidité et toucheront l'AAH)**

5.4. FONCTIONNEMENT

- L'évaluation de l'importance de l'invalidité est de la responsabilité du médecin conseil de l'organisme d'assurance maladie. Le classement se fait en 3 catégories :
  - **Catégorie 1 :** l'invalide est **capable** d'exercer une activité rémunérée au tiers de ses capacités antérieures
  - **Catégorie 2 :** l'invalide est **incapable d'exercer une activité professionnelle** quelconque
  - **Catégorie 3** : l'invalide est absolument incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et, en outre, **dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.**

5.5. LE ROLE DU MEDECIN DU TRAVAIL

- **Attention à bien différencier les notions :**
  - **D'invalidité :** reconnue par le **médecin conseil de l'assurance maladie**
  - **et l'aptitude à un poste de travail** : formulée par le **médecin du travail.**
- Il détermine l'aptitude au poste lors de la reprise du travail à temps partiel du salarié en invalidité 1ère catégorie, ou sous certaines conditions du salarié classé en 2ème catégorie.





5.6. ASPECT FINANCIER

- **Le montant de la pension est calculé** :
  - Sur la **base d'une rémunération moyenne** qui prend en compte les dix meilleures années de salaire du patient
  - **En fonction du groupe d'invalidité** dans lequel le patient se trouve. **Selon qu'il puisse continuer ou non à exercer une activité professionnelle** et qu'il ait besoin ou non d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante.
- **Montant en fonction du groupe d'invalidité :**
  - Montant de la pension **première** catégorie : correspond à **30% du salaire** annuel moyen des dix meilleures années du patient qui peut continuer à exercer une activité professionnelle.
  - Montant de la pension **deuxième** catégorie : à **50% du salaire** annuel moyen des dix meilleures années du patient. L'attribution de cette pension ne lui permet plus de travailler.
  - Montant de la pension **troisième** catégorie : correspond à **50% de son salaire** moyen annuel des dix meilleures années. **Le minimum mensuel étant plus élevé que dans la deuxième catégorie**
- **Le versement :**
  - Le versement est **mensuel jusqu'à l'âge de 60 ans**. Il est effectué à **terme** échu.
  - **Après 60 ans**, la pension est **supprimée** et **transformée en pension de vieillesse.**
  - Selon l'évolution de l'état de santé du patient, la pension peut faire l'objet d'une révision, d'une suspension voire d'une suppression.

REMARQUES

- **La "pension d'invalidité",** évaluée par le **médecin conseil** de l'organisme d'assurance maladie, est le plus souvent attribuée en relais des prestations en espèces, à l'expiration de la période indemnisable.
- **L'invalidité n'est jamais définitive** et le classement peut être révisé en fonction de l'évolution de l'état de santé, et de la possibilité de reprendre une activité professionnelle, à la demande de l'assuré ou à l'initiative de l'organisme de couverture sociale.
- **En cas de reprise** d'activité **salariée**, la pension du patient peut être suspendue si, après six mois d'activité, le cumul de sa pension et de son salaire dépasse le salaire qu'il percevait avant son arrêt de travail suivi d'invalidité.
- En cas de reprise d'activité professionnelle non salariée, la pension d'invalidité du patient peut être suspendue si, après six mois d'activité, le cumul de sa pension et de sa rémunération dépasse un plafond de ressources.

	Enfants (< 20 ans)	Adultes (20 à 60 ans)	Agés (> 60 ans)
Hébergement	Mantient à domicile +++ Si impossible, milieu spécialisé (médico-éducatif)	Foyer d'hébergement Foyer de vie Foyer d'accueil médicalisé Maison d'accueil de santé	*Etablissements spécialisés* • EPHAD • MAÏA etc.
Scolarité / Travail	Milieu ordinaire Milieu spécialisé Scolarisation à domicile	*Apte :* reprise du travail antérieur *Apte avec adaptation :* aides AGEFIPH… *Inaptitude au poste :* reclassement proposé par l'entreprise *Pas de reclassement possible :* licenciement pour inaptitude	Retraite en fonction du régime de cotisation
Aides financières	*AEEH :* • Handicap < 20 ans • + Incapacité ≥ 80% • Ou ≥ 50% mais établissement spécialisé ou SESSAD *PCH :* même conditions qu'AEEH *AJPP :* si un parent doit rester à la maison *CPP :* 310 jours de congés	*AAH :* • Personne handicapé < 60 ans • N'ayant jamais travaillé *Sinon :* Pension d'invalidité ou rente d'AT/MP *PCH :* personne handicapé < 60 ans	*APA* : GIR 1 à 4 résident en France depuis > 3 mois *PAP :* plan d'action personnalisé, si GIR 5 et 6

Conférences de consensus – Recommandations ITEM 115

Année	Source	Titre
1980	OMS	CIDIH = Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps
2001	OMS	CIF = Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
2005	Code de la santé	Loi du 11 février 2005
2012	Code de la sécurité sociale	Lois et mise à jour

Sujets tombés à l'ECN ITEM 115

Année	Contenu
2004	Troubles cognitifs, syndrome de Korsakoff chez un alcoolique chronique Prise en charge médicale et sociale au long cours. Demande d'invalidité.
2005	Gonarthrose Evaluation des déficiences, incapacités, handicap Utilisation d'échelles génériques et spécifiques
2007	Glaucome chronique à angle ouvert / BAV progressive / Précarité Retentissement socioprofessionnel Mesures de prise en charge du handicap, réinsertion professionnelle.

Chapitre 6

UE 3
Item 116

COMPLICATIONS DE L'IMMOBILITE ET DU DECUBITUS. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- ***Expliquer les principales complications de l'immobilité et du décubitus.***
- ***Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.***

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- ***Modèle de Bouchon : vieillissement physiologique, pathologie chronique, facteurs précipitants***

Complications de décubitus :

- ***Cutanées : escarres***
- ***Cardio-vasculaires : hypotension orthostatique, décompensation cardiaque, thromboses veineuses***
- ***Pulmonaires : syndrome d'inhalation, pneumopathies infectieuses, embolie pulmonaire***
- ***Digestives : RGO, fausses routes***
- ***Locomotrices et neurologiques : rétractions musculo-tendineuses, ostéoporose***
- ***Métaboliques : dénutrition, déshydratation***
- ***Urinaires : rétention urinaire***
- ***Psychologiques : dépression, syndrome de glissement***
- ***Mesures préventives : limiter la durée de l'hospitalisation, mise au fauteuil, reprise précoce de la marche, bas de contention, HBPM, kinésithérapie, laxatifs, nutrition hypercalorique et hyperprotidique, psychothérapie de soutien***

Pour mieux comprendre

- L'immobilisation et le décubitus prolongé et entraînent de nombreuses complications
- Celles-ci touchent l'ensemble des organes et augmentent la morbidité
- L'identification des personnes à risque, la gradation du risque, la surveillance quotidienne jouent un rôle majeur dans la prévention de leur survenue.

Plan du chapitre :

1. Immobilité et décubitus :
   1- Généralités
   2- Liste des complications
   3- Mesures générales de prévention
2. Complications détaillées (hors escarres) :
   1- Cardio-vasculaires
   2- Pulmonaires
   3- Digestives
   4- Locomotrices
   5- Neurologiques
   6- Urinaires
3. Les escarres :
   1- Généralités
   2- Facteurs de risques
   3- Clinique
   4- Complications
   5- Traitement préventif
   6- Traitement curatif

ITEM 116

1. IMMOBILITE ET DECUBITUS

1.1. GENERALITES

1.1.1. CONTEXTE iECN

Question difficile pour les étudiants et facilement tombable, notamment en fin de dossier iECN question 12 à 15 (dans un dossier de gériatrie par exemple).

En pratique, 2 grands types de patients sujets aux complications du décubitus

- Les patients chroniques en décompensation ou alités en permanence
- Les patients aigus surtout en réanimation médicale avec de longs séjours

C'est une question importante pour l'ECN et pour la pratique quotidienne, l'immobilité pouvant être rencontrée dans presque toutes les spécialités et ayant un coût financier et humain non négligeable.

Mode de raisonnement devant un patient immobilisé :

- Analyser le terrain (polypathologique vs sujet jeune)
- Gradation du risque (échelles d'escarres notamment)
- Mesures correctives
- Dépistage des complications

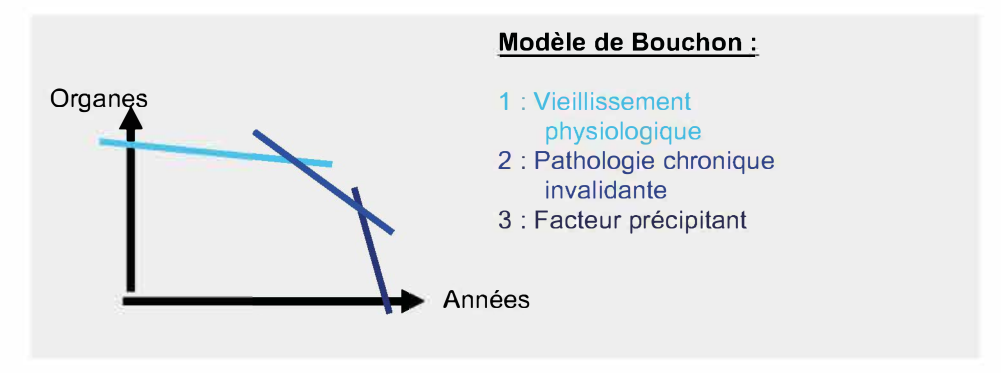
1.1.2. ETIOLOGIES

SUJETS JEUNES

- **Pathologies chroniques invalidantes**
- **Pathologies lourdes aiguës (Réanimation +++)**

SUJETS AGES

- Pathologies **chroniques invalidantes**
- **Facteurs précipitants :**
  - Acte **iatrogénique**
  - **Pathologie aiguë**



1.1. 3. FACTEURS PRECIPITANTS

ACTE IATROGENIQUE

- **Médicamenteux** par leurs effets secondaires : agranulocytose, syndrome de Lyell, psychotropes en gériatrie
- **Technique par leur côté immobilisant** : sonde urinaire, sonde gastrique, perfusion, chirurgie

PATHOLOGIE AIGUE

- **Décompensation** :
  - Cardiaque
  - Pulmonaire
  - Psychiatrique
- **Infections**
- Troubles **hydro-électrolytiques**
- Chute en gériatrie
- ...

1.2. LISTE DES COMPLICATIONS

1.2.1. CUTANEES

- **Escarre**, LA grande complication à connaître sur le bout des doigts

1.2.2. CARDIO-VASCULAIRES

Perte du tonus sympathique (Hypotension orthostatique, œdèmes)

- **Décompensation cardiaque**
- **Maladies thrombo-emboliques veineuses (MTEV)**

PULMONAIRES

- Trouble de **ventilation** au niveau des bases pulmonaires, atélectasies
- **Syndrome d'inhalation**
- **Pneumonies infectieuses**
- **Embolie pulmonaire (MTEV)**

1.2.3. DIGESTIVES

- **RGO**
- **Fausses routes** alimentaires
- Constipation
- Dénutrition / Deshydratation

1.2.4. URINAIRES

- **Rétention urinaire**
- Infections urinaires
- Lithiases urinaires
- Incontinence

1.2.5. LOCOMOTRICES

- **Articulaires**
- **Musculaires**
- **Ostéoporose et hypercalcémie**

1.2.6. NEUROLOGIQUES

- Compressions nerveuses
- Syndrome de privation sensorielle
- Désadaptation sensorielle

1.2.7. PSYCHOLOGIQUES

- **Dépression**
- **Syndrome de glissement**

1.3. MESURES GENERALES DE PREVENTION

1.3.1. PRISE EN CHARGE GLOBALE

Avant tout des mesures de bon sens :

- **Immobilisation réduite au minimum**
- **Risque cardio-vasculaire :** lever précoce, bas de contention
- **Risque pulmonaire :** Mobilisation, position ½ assis si sonde nasogastrique
- **Mesures de prévention des escarres (cf ci-après)**
- **Prévention du risque digestif :** alimentation riche en fibres, conduite systématique du patient aux toilettes à heure fixe, si échec de ces mesures, laxatifs osmotiques (Lactulose) ou lubrifiants
- **Prévention du risque locomoteur et neurologique** : mobilisation précoce de toutes les articulations, si nécessaire avec l'aide d'un kinésithérapeute, exercices musculaires de lutte contre l'amyotrophie, verticalisation et reprise de la marche dès que possible
- **Prévention du risque métabolique :** hydratation 1.5 à 2 litres par jour et nutrition
- **Prévention du risque urinaire :** hydratation 1.5 à 2 litres par jour, suppression de la mise en place de couches à titre préventif
- **Prévention du risque psychologique :** présence et soutien de l'entourage, écoute, relation médecin malade empathique

1.3.2. PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

- Prise en charge spécifique de chaque complication (cf ci-après)

2. COMPLICATIONS DETAILLEES (hors escarres)

2.1. CARDIOVASCULAIRES

2.1.1. PERTE DU TONUS SYMPATHIQUE

2 Manifestations : Hypotension orthostatique, Œdèmes des membres inférieurs

Hypotension orthostatique (HTO) : Consensus SFHTA 2014

- *Définition :* chute de la pression artérielle de plus de **20mmHg** de systolique ou de **10mmHg** de diastolique dans les **3 premières minutes de l'orthostatisme.**
- Dans le cadre du décubitus il s'agit d'une **perte de sensibilité des osmo et baro-récepteurs**, provoquant une HTO neurogène.
- *Population cible :* dépistage recommandé chez les **hypertendus**, les sujets âgés de **> 65 ans**, les sujets **diabétiques**, **insuffisants rénaux**, **parkinsoniens**, les patients **dénutris ou déshydratés ainsi que les patients souffrants de troubles cognitifs.**
- *Dépistage :* On réalise une première mesure a**llongée après 5 minutes de décubitus**, qui servira de référence. On réalise ensuite une mesure en procubitus à **1 et 3 minutes.**
- *Démarche étiologique :* **HTO secondaire** (iatrogénique ou hypovolémique) AVEC compensation cardiaque (augmentation de la FC) ou **HTO neurogène** « dysautonomique », SANS compensation cardiaque (démences, amyloses, diabètes, paranéoplasique…)
- *Prise en charge de 1ère intention :* Quelle que soit la cause de l'HTO
  - **MHD : Hydratation suffisante, éviter les ambiances trop chaudes, inclinaison du lit de 10°, miction et douche en position assis, éviter l'alcool.**
  - **Bas de contention : classe ≥ 2 pendant la journée**
  - **Prise de 400mL d'eau avant le repas si HTO post prandiale**
- *Prise en charge de l'HTO neurogène :*
  - **Mesures étiologiques +++ : révision de l'ordonnance, correction de l'hypovolémie etc.**
  - **Manœuvres de secours : traitement pharmacologique :**
    - Uniquement pour les HTO neurogènes
    - Et uniquement si HTO symptomatique
    - Et après échec des mesures de 1ère intention
    - → 2 molécules : Midodrine ou Fludrocortisone
- *Cas particulier :* Chez un sujet avec une HTA uniquement nocturne, proposer un traitement de faible durée d'action le soir afin de ne pas provoquer d'hypotension en journée

Œdèmes des membres inférieurs (OMI) :

- La perte du tonus sympathique entraine une **vasodilatation et une fenestration capillaire.** Dans le contexte du décubitus, les OMI sont souvent d'origine **multifactorielle** (perte du tonus sympathique, dénutrition, perte du tonus musculaire, hyperhydratation en réanimation…)
- *Prise en charge :* Surélévation, massage, drainage, bas de contention, électromyostimulation passive.

2.1.2. MTEV

Thromboses veineuses :

- *Facteurs favorisants :* **stase veineuse** induite par le décubitus, **inflammation** et **déshydratation** sont autant de facteurs de risque chez les patients alités.
- *Complications :* **50% des thromboses** veineuses profondes se compliquent **d'une embolie pulmonaire,** classiquement **dans les 3-7 jours. 50% des TVP auront un « syndrome post-thrombose »** (anomalies veineuses, perte des valvules etc.) **iECN 2016**





Prévention des MTEV :

- *En milieu médical :* toute personne **> 40 ans hospitalisée pour >3 jours avec :**
  - Décompensation cardiaque ou respiratoire aiguë
  - Infection ou inflammation sévère (rhumatismale, intestinale) avec facteurs de risques ajoutés (> 75 ans, cancer, Atcd de MTEV, THS, SMP, insuffisance cardiaque ou respiratoire non décompensée)
- **En milieu chirurgical** : non consensuel (retenir systématiquement si chirurgie majeure, infectieuse, PTH-PTG, sujet > 40 ans avec facteur de risque)
- **Modalités :** Bas de contention, lever précoce, mobilisation passive, anti-coagulants selon les indications.

2.1.3. DESADAPTATION CARDIAQUE

Désadaptation cardiaque :

- Le patient présente une **pathologie cardiaque chronique équilibrée**
- Au cours d'un décubitus prolongé, le travail cardiaque est **augmenté (FC et FEVG)**, le cœur s'atrophie (comme tous les muscles), entrainant une chute des performances cardiaques (VO2max notamment).
- Cet état s'accompagne d'une **augmentation de la diurèse** (par perte de la sécrétion d'ADH) **et de la natriurèse** (entrainant une déshydratation)
- D'où une tachycardie de repos compensatrice, parfois dépassée entrainant une décompensation cardiaque.

Conséquences :

- *A la remise en charge :* tachycardie, dyspnée, difficultés à l'effort
- *Prise en charge :* réentrainement à l'effort

2.2. PULMONAIRES

2.2.1. GENERALITES

Trouble de ventilation des bases pulmonaires, atélectasies :

- Le décubitus **limite l'amplitude diaphragmatique, le jeu costal et la mécanique ciliaire.**
- Ce qui **limite le flux respiratoire** dans l'ensemble du parenchyme pulmonaire et entraine une stase des sécrétions bronchiques.
- L'accumulation de ces sécrétions provoque des encombrements, des atélectasies et un risque de surinfection bronchique.

Facteurs favorisants une hypersécretion bronchique ou une défaillance des processus d'élimination :

- Tabagisme, BPCO
- Traitement inhibants le réflexe de toux (opiacés ++)
- Manœuvre endotrachéale récente (fibroscopie, intubation)
- Douleurs pariétales, thoraciques ou abdominales (post chirurgicale +++)

Syndrome d'inhalation :

- Le décubitus, non physiologique, **modifie le fonctionnement des voies aéro-digestives supérieures** pour des raisons anatomiques
- Par ailleurs, le **RGO est augmenté**
- Ce qui favorise les **fausses routes** d'où le syndrome d'inhalation

Embolie pulmonaire :

- Le décubitus favorise les **thrombophlébites**
- La migration de l'embole se fait au niveau pulmonaire (50%, surtout J3-J7)

2.2.2. PREVENTION

Trouble de ventilation des bases pulmonaires, atélectasies :

- **Lever** précoce et marche
- **Hydratation**, voire fluidifiants bronchiques
- **Kiné** respiratoire seulement si encombrement clinique (technique de flux expiratoire et de toux controlée, les 2 seules techniques validées)

Syndrome d'inhalation :

- Repas assis
- Eau gélifiée et produits adaptés

Pneumopathies infectieuses :

- Prévention des troubles de la ventilation et du syndrome d'inhalation (cf.)
- Soins de bouche, hygiène dentaire et lutte contre l'hyposialie
- Auscultation quotidienne
- Vaccination anti-grippale annuelle et anti-pneumococcique tous les 5 ans.

Embolie pulmonaire : cf. prévention thrombo-embolique

2.2.3. CURATIF

Encombrement : Kinésithérapie en 1ère intention

Atélectasie : Kinésithérapie en 1ère intention, Fibro-aspiration si échec

Nota Bene : Un encombrement provoque un effet shunt (Hypoxie – Hypocapnie). Si un sujet encombré en décubitus présente une **hypoxie avec une hypercapnie, il faut évoquer une embolie pulmonaire +++**

2.3. DIGESTIVES

2.3.1. RGO

Physiopathologie :

- Favorisé par le décubitus **(et non l'immobilité)**
- Sa fréquence augmente **avec la durée du décubitus**

Prévention :

- Position assise ou **demi-assise lors du repas et 1h après**
- Si RGO symptomatique, prescritpion d'accélérateurs du transit (Primpéran…) ou surnageant protecteur

2.3.2. FAUSSES ROUTES

Physiopathologie :

- Le décubtius favorise un **retard du réflexe de déglutition, plus fréquent chez les patients âgés et cérébrolésés.**
- Risque de complications respiratoires gravissimes

Prise en charge :

- Dépistage **systématique** chez les patients en décubitus
- Posture en **légère flexion lors de la déglutition**
- Privilégier la **prise du repas par le patient lui-même**
- Verre **avec encoche nasale** (et surtout pas bec verseur qui favorise les fausses routes !!)
- Adaptation de la **texture des aliments** (eau gélifiée pétillante…)
- Informer les familles pour éviter l'apport d'aliments inadaptés





2.3.3. CONSTIPATIONS

Constipation :

- Il existe de nombreux facteurs favorisant la constipation chez le sujet en décubitus :
    - **La force gravitationnelle ne s'exerce plus dans le même sens**
    - **Altération du tonus musculaire de la sangle abdominale**
    - **Perte de l'angulation du canal anal**
    - **Déshydratation fréquente**
    - **Thérapeutiques (antalgiques ++, anticholinergiques)**
- La constipation est plus fréquente chez les **blessés médullaires et les patients comateux**
- La constipation favorise des **modifications de la flore intestinale, les épisodes pseudo-occlusifs et les fécalomes**

Prise en charge :

- **Ecoute** des patients
- **Lever précoce, marche** (musculature abdominale)
- **Hydratation**
- Régime **riche en fibres**
- **Laxatifs osmotiques**
- Surveillance des selles

2.3.4. Dénutrition

Généralités :

- *iECN :* un très grand classique en gériatrie, en module 4 et dans la vraie vie.
- Elle concerne **30 à 70% des patients hospitalisés, 10 à 40% en institution**,
- Une dénutrition **multiplie par 4 le risque d'infection, la mortalité ainsi que la durée d'hospitalisation.** Elle augmente les dépenses de 60% à pathologies égales.

Prise en charge :

- Régime **riche en protéines**
- Prise en charge par un **diététicien**

2.3.5. DESHYDRATATION

Déshydratation :

- **Prévenir la limitation de l'accès à l'eau**
- **Stimuler la prise de boisson** en sachant que la soif diminue avec l'âge
- Penser aux **eaux gélifiées** gazeuses
- Hypodermoclyse (Hydratation sous-cutanée, 1,5L par jour et par site, ne permet pas de passer du KCL, des nutriments ou des médicaments)

2.4. LOCOMOTRICES

2.4.1. OSTEOPOROSE

Physiopathologie :

- L'**absence de contrainte musculaire et gravitationnelle** entraine une **réduction de l'ostéoformation** et une **majoration de la résorption osseuse.**
- Ces modifications du métabolisme phospho-calciques entrainent une **hypercalcémie et une hypercalciurie modérées, réversibles** à la remise en charge.
- Cette ostéoporose induite touche préférentiellement les régions habituellement **en charge** et prédomine sur **l'os trabéculaire.**

Prise en charge :

- *Hypercalcémie – Hypercalciurie :* **Hydratation abondante** (1,5 à 2L/jr en prévention des lithiases et de la déshydratation)
- *Ostéoporose* : travail musculaire actif, remise en charge précoce.

2.4.2. ENRAIDISSEMENT ARTICULAIRE ET PERIARTICULAIRE

Articulation :

- L'immobilité prolongée provoque une **rétraction capsulo-ligamentaire** partiellement réversible, pouvant aboutir à une **ankylose.**
- Les **rétractions tendineuses** participent également à la réduction des mobilités articulaires.

Déformations fréquentes :

- Flessum de hanche ou de genou (flexion irréductible)
- Equin (flexion plantaire irréductible du pied)
- Griffe des orteils des membres inférieurs…

Prévention :

- Installation correcte au lit,
- Postures alternées,
- Mobilisation des articulations.

2.4.3. COMPLICATIONS MUSCULAIRES

Physiopathologie :

- Lors du décubitus, l'amyotrophie est souvent **précoce et intense.**
- A **J8, le quadriceps a déjà perdu 15 à 30%** de sa force.
- On observe une transformation **des fibres 1 en fibres 2**, ainsi qu'une **diminution des capillaires**.
- Les muscles perdent également leur **endurance à l'effort, et deviennent moins extensibles, moins élastiques voire rétractés** (de même que les tendons et les appareils capsulo-ligamentaires)

Prévention :

- Installation en **position de fonction** (pour la main, poignet en légère extension et métacarpe à 10° de flexion).
- **Etirement musculaires passifs.**
- Séances **d'éléctrostimulation en L'ABSENCE DE SYNDROME PYRAMIDAL** (qui contre-indique l'usage de l'éléctrostimulation).
- Correction des carences alimentaires.

Prise en charge curative :

- *Amyotrophie :* **partiellement réversible** à la remise en charge.
- *Rétraction :* **parfois irréversible**, faisant discuter des **chirurgies d'allongement tendineux.**

Note sur les fibres musculaires :

- Les fibres musculaires de **type 1**, riches en **capillaires** et en **mitochondries**, ont un métabolisme principalement **oxydatif (aérobie)**.
  - Elles sont donc **endurantes** mais leur contraction est lente.
- A l'inverse les fibres de **type 2, faiblement vascularisées,** ont un métabolisme principalement **glycolytique (anaérobie)**.
  - Leur contraction est donc rapide mais elles sont **peu résistantes à la fatigue**.
  - Puisqu'elles contiennent **beaucoup de myofibrilles** leur contraction est forte (elles sont donc **moins extensibles**).

2.5. NEUROLOGIQUE

2.5.1. COMPRESSIONS

Nerf ulnaire :

- Nerf mixte provenant des **nerfs spinaux C8-T1**
- Zone de fragilité au niveau de la **gouttière épi-trochléo-olécrânienne**
- Compression typiquement après une **immobilisation prolongée** (sommeil, ivresse, anesthésie…) ou une fracture humérale proximale ou distale.
  - *Attention :* en cas de fracture de la **diaphyse humérale,** c'est le nerf **radial** qui est le principal nerf lésé

- *Déficit du nerf ulnaire :*
  - **Griffe cubitale :** atrophie de l'éminence hypothénar aboutissant à une rétraction des 4e et 5e doigts.
  - **Signe du grill** : atrophie des interosseux et des lombricaux des 4e et 5e doigts.
  - **Signe de Froment :** l'atteinte de la loge thénarienne profonde, et plus spécifiquement de l'**adducteur du pouce** provoque un déficit de ce dernier en adduction, et donc de la pince pouce-index (par exemple, difficulté à maintenir une feuille de papier entre le pouce et l'index).
  - **Déficit sensitif :** le signe le plus classique et le plus connu des étudiants, touchant le V, la partie médiale antérieure du IV ainsi qu'une majorité de sa partie postérieure.

Nerf radial :

- Nerf mixte provenant des **nerfs spinaux C5-T1.**
- C'est le tronc nerveux **le plus souvent lésé.**
- Zone de fragilité au niveau de la **gouttière humérale (postérieure) et de l'épicondyle latéral**
- Compression après une **immobilisation prolongée** (sommeil, ivresse, anesthésie…), fracture ou luxation de l'épaule, cannes anglaises, toxiques…
- *Déficit du nerf radial :*
  - C'est le **nerf de l'extension du membre supérieur**.
  - **Main en col de cygne :** chute du poignet si le bras est mis à l'horizontal.
  - **Atrophie de la région postérieure** de l'avant bras.
  - Abolition des réflexes **tricipital et stylo-radial.**
  - **Déficit sensitif :** face postérieure du bras, partie médiane de la face postérieure de l'avant-bras, partie postéro-latérale de la main à l'exception des 2 dernières phalanges de l'index et du majeur.

Bonus ECN : racines nerveuses des ROT du membre supérieur = **ordre alphabétique : B**icipital **(C5), S**tylo-radial **(C6), T**ricipital **(C7), U**lno-pronateur **(C8)**

Nerf sciatique :

- Nerf mixte et branche terminale du plexus sacral, **provenant des nerfs L4-S3**.
- Typiquement lésé en cas de hernie, de fractures du bassin, de fracture et/ou luxation de hanche, d'injection médicamenteuses intra-musculaires… **Lors des immobilisations, le tronc est étiré et/ou comprimé au niveau de son émergence postérieure dans la région glutéale** (peut donc aussi concerner les patients assis constamment en fauteuil).
  - *Raison pour laquelle les **IM** ne se font qu'à la **partie supéro-latérale** de la région glutéale.*
- *Déficit du nerf sciatique :*
  - C'est le nerf de la **flexion de la jambe.**
  - **Impossibilité de courrir, de fléchir la jambe et de se tenir sur les talons (L5) ou la pointe des pieds (S1).**
  - Abolition des **réflexes achiléens et cutanéo-plantaires**.

Nerf fibulaire commun (ex-sciatique poplité externe) et sa branche superficielle :

- Nerf mixte provenant des **fibres L4-S2.**
- Zone de faiblesse au niveau du **col de la fibula.**
- *Déficit du nerf fibulaire superficiel :*
  - C'est le nerf de la **loge antéro-latérale de la jambe et du dos du pied.**
  - **« Pied tombant » avec steppage à la marche.**
  - Déficit sensitif du **dos du pied, excepté le bord médial et la fossette interdigitale entre l'hallux et le 2e orteil**.
  - *(Cet espace interdigital est innervé par le fibulaire profond. Un déficit de ce nerf peut être un signe précoce de syndrome des loges, à savoir dépister dans un contexte traumatique).*

A noter :

- Il s'agit souvent d'une **neurapraxie, de bon pronostic en comparaison à une dégénérescence Wallerienne (cf. repousse 1 mm par jour)**
- **Neurapraxie = bloc de conduction régressif en 2-3 mois (myélopathie)**

- **Dégenerescence Wallerienne = lésion dégénérative, pronostic incertain. (Axonopathie)**

D'où l'intérêt de l'EMG dans l'évaluation de ces neuropathies.

2.5.2. COGNITIONS

Syndrome de glissement :

- **Tableau typique :**
  - Sujet âgé avec de nombreuses comorbidités
  - Après un **intervalle libre de quelques jours en hospitalisation**, s'installe une **altération de l'état général associé à une confusion**.
  - La **rétention urinaire et la constipation sont fréquentes,**
  - Le patient refuse de s'alimenter, de boire, de communiquer,
  - *Bilan étiologique négatif* :
    - Devant tout épisode a priori dépressif caractérisé, bilan complet
    - **NFS-CRP, Bilans hépatique et rénal, TSH – Glycémie – Calcémie**
    - **ECG, Scanner cérébral voire EEG**
    - (bilan classique de syndrome dépressif d'après le Collège des enseignants de psychiatrie)
  - La limite entre syndrome de glissement et mélancolie délirante n'est pas très bien établie.

Autres troubles psychiatriques :

- **Trouble anxieux induit**
- **Syndrome de stress post-traumatique (thématique de plus en plus abordée dans les services lourds type Réanimation)**
- **Régression psychologique**

2.6. URINAIRES

2.6.1. RETENTION URINAIRE CHRONIQUE

Généralités :

- *Rétention aiguë d'urine :* blocage aigu de l'écoulement (≠ Anurie)
- *Rétention chronique d'urine* : résidu post-mictionnel ≥ 100cc

Altérations de la vidange chez les patients immobilisés :

- Bascule de la vessie en arrière, perte de la gravité
- Iatrogénie **(Morphiniques, anticholinergiques, β2 mimétiques)**

Prise en charge :

- Dépistages réguliers par échographie vésicale,
- **Si RPM >100cc, sondages réguliers intermittents** (éviter sonde à demeure)

2.6.2. LITHIASE URINAIRE

- Stase urinaire + **Hypercalciurie** (cf. complicaions locomotrices)
- = Prévention des lithiases par **diurèse abondante ≥ 1,5L par 24h**

2.6.3. INFECTION URINAIRE

Physiopathologie :

- La stase et les sondages à répétition voire à demeure favorisent les IU.
- De plus les sujets âgés souffrent d'immunosénescence.

Particularités :

- Chez le sujet âgé, et notamment institutionnalisé, **l'écologie des infections urinaire n'est pas la même que chez le sujet jeune.**
- **50% des sujets institutionnalisés et 100% des sujets sondés à demeure sont colonisés** (présence d'une bactériurie asymptomatique)
- La colonisation serait en réalité **PROTECTRICE vis-à-vis des souches les plus invasives.**

- !! Piège : Beaucoup de sujets âgés, notamment incontinents, ont une **leucocyturie aseptique** sans signification pathologique.

Prise en charge :
- **Colonisation : pas de dépistage / pas de traitement**
  - SAUF avant une intervention sur les voies urinaires = ECBU
  - SAUF femmes enceintes avec UFC ≥ 10^5 = traitement
- **Infection urinaire : traitement systématique**

ITEM 116

3. LES ESCARRES (RECOMMANDATIONS ANAES)

3.1. GENERALITES

3.1.1. DEFINITION

Escarre = Lésion ISCHEMIQUE
- **Ulcération :**
  - **Profonde**
  - **Indolore**
  - D'évolution **chronique**
- **Secondaire à une nécrose ischémique** des tissus

3.1.2. EPIDEMIOLOGIE

- **Prévalence :**
  - 10 à 20% des patients hospitalisés en gériatrie
  - 300 000 escarres pour l'ensemble de la population française

- **Conséquences :**
  - **Facteur de surmortalité ++**
  - **Prolonge la durée d'hospitalisation**

3.1.3. PHYSIOPATHOLOGIE

Compression :
- D'intensité **supérieure à la pression capillaire**, à l'origine de lésions ischémiques,
- Concernant les tissus mous entre les saillies osseuses et le plan dur sur lequel repose le sujet,
- Pouvant apparaître en **3-4h voire 2h** en cas de pression > 200mmHg.

3.1.4. LOCALISATIONS HABITUELLES

- 40% des escarres sont localisées au **sacrum** et 40% aux **talons**.
- Patient en **décubitus :** escarres aux talons, au sacrum, à l'**occiput**, aux **scapulas** et/ou **« en chapelet »** (en regard des épineuses vertébrales)
  - Eventuellement aux **trochanters** (surtout si décubitus latéral)
- Patient principalement en **position assise** : escarres aux talons, au sacrum, et **ischiatiques**

	PRESSION	CISAILLEMENT	FRICTION	MACERATION
POSITION	**Statique** Décubitus ou assis	**Statique** Assis ou semi-assis instable	**Dynamique**	**Statique** **Dynamique**
FORCE	**Mécanique** **Pression perpendiculaire**	**Mécanique** **Pression oblique** Pression parallèle	**Mécanique** **Parallèle** entre les 2 surfaces	**Chimique**
MECANISME	Les **artères perforantes musculo-aponévrotiques** assurent la vascularisation cutanée par un gradient artério-veineux (de 33 mmHg). Si la pression exercée au niveau des zones d'appui est supérieure au gradient artério-veineux : arrêt de la vascularisation cutanée	**Glissement** du tissu adipeux sur les faciæ	**Abrasion**	**Macération**
LESION	**Nécrose ischémique**	Atteinte de la vascularisation par **étirement et cisaillement des vaisseaux**	**Lésion directe de la barrière cutanée**	Altération de la barrière cutanée **Favorise la pullulation microbienne**

3.2. FACTEURS DE RISQUE

3.2.1. FACTEURS DE RISQUE

Extrinsèques :

- **Intensité et durée** de la pression exercée sur les tissus mous,
- Mais aussi plis des draps, objets durs, contentions…
- Dont les conséquences dépendent de facteurs intrinsèques

Intrinsèques :

- **Dénutrition, deshydratation**, obésité, âge…
- **Incontinences** urinaires ou fécales (macération)
- **Troubles de la conscience** ou **troubles moteurs** limitant les changements de position spontanés
- **Neuropathie** chronique sensitive périphérique (diabète, alcoolisme) ou centrale (AVC, lésions médullaires) limitant la sensation de douleur
- Anémie, insuffisance respiratoire ou cardiaque **(toute cause d'hypoxie)**

Autres facteurs :

- Durée de l'immobilisation
- Certains traitements (corticoïdes, cytotoxiques… **tous les vasoconstricteurs)**
- L'état cutané :
  - Etat initial
  - Antécédents d'escarres
  - Carence vitaminique
  - Corticothérapie
  - Soins inappropriés





3.2.2. IDENTIFICATION D'UN PATIENT A RISQUE

Recommandation ANAES : nécessité d'utiliser conjointement 2 méthodes :

- 3 échelles de risque validées :
  - **BRADEN** recommandée par l'ANAES (≠ Barthel pour les hémiplégies)
  - **NORTON** utilisée fréquemment
  - **WATERLOO**
- Jugement clinique

Avantage des échelles de risque :

- Critères fixes favorisant les transmissions
- Permet une réévaluation objective

Fonctionnement des échelles de risque :

- Plus le score **baisse**, plus le patient est **à risque**.
- Le patient est à risque et nécessite des mesures préventives à partir d'un certain score :
  - Braden < 15
  - Norton < 14

ECHELLE DE BRADEN (Pour information)

ITEMS	1	2	3	4
PERCEPTION SENSORIELLE	Complètement limitée	Très limitée	Légèrement diminuée	Aucune diminution
HUMIDITE	Constamment mouillé	Humide	Humidité occasionnelle	Rarement humide
ACTIVITE	Alité	Au fauteuil	Marche occasionnelle	Marche fréquemment
MOBILITE	Immobilité	Très limitée	Légèrement limitée	Aucune limitation
NUTRITION	Très pauvre	Probablement inadéquate	Adéquate	Excellente
FRICTION CISAILLEMENT	Problème	Problème potentiel	Aucun problème apparent	

ECHELLE DE NORTON (Pour information)

ITEMS	1	2	3	4
CONDITION PHYSIQUE	Bonne	Moyenne	Pauvre	Mauvaise
CONDITION MENTALE	Alerte	Apathique	Confus	Stuporeux
ACTIVITE	Ambulant	Marche avec aide	Mis au fauteuil	Couché
MOBILITE	Complète	Légèrement diminuée	Très diminuée	Immobile
CONTINENCE	Totale	Incontinence occasionnelle	Incontinence urinaire	Incontinence totale

3.3. **CLINIQUE** (selon ANAES)

STADE 0	**Hyperhémie réactionnelle**	**Erythème sur une peau intacte :** • **Non persistante plus de 24 heures** • **Disparait à la vitropression** Lésion **réversible** à type d'hyperhémie réactionnelle = phase d'alerte
STADE 1	**Erythème persistant**	**Erythème** sur une peau intacte : • Persistante **plus de 24 heures** • **Ne blanchissant pas à la pression digitale**
STADE 2	**Dés-épidermisation**	**3 aspects clinique possibles :** • **Phlyctène (pathognominique d'une atteinte dermique)** • **Ou Abrasion** • **Ou Ulcération** superficielle **Lésions :** • **Perte de substance** concernant une partie de l'épaisseur de la peau, impliquant **épiderme +/- derme**
STADE 3	**Ulcération profonde**	**Clinique :** • **= Ulcération marquée ne dépassant pas le fascia** • **Plaque noire, cartonnée, sèche ou** suintante (nécrose) • Zone érythémateuse périphérique, non douloureuse **Lésions :** • Perte de substance concernant toute l'épaisseur de la peau, impliquant **épiderme, derme et tissu sous-cutané jusqu'au fascia**, avec possibilité de nécrose sèche ou humide et de fibrine.
STADE 4	**Destruction des tissus sous-cutanés dépassant le fascia**	**Clinique :** • **Ulcération profonde dépassant le fascia** • Exposition des **structures sous-jacentes** (tendons, os, muscles, articulations) • Débris séro-purulents • Odeur nauséabonde **Lésions :** • Perte de substance délabrante, **dépassant l'aponévrose musculaire**, pouvant atteindre des structures de soutien **(os, muscles, tendons, articulation)** • Facteurs péjoratifs : décollement, contact osseux, fistule et/ou infection

3.4. COMPLICATIONS

3.4.1. COMPLICATIONS LOCALES

Extension de l'escarre

Hémorragie locale

Infections :

- *Tissus mous :* cellulite, abcès profond, fistule
- Tissus ostéo-articulaires, ostéite, ostéo-arthrite…
- *Colonisation bactérienne :* **constante** (donc aucun intérêt à prélever)

- *Définition de la surinfection :*
  - **Germe sur hémoculture ou aspiration profonde ou biopsie des bords**
  - **ET ≥ 2 signes parmi : œdème, rougeur, douleur.**
  - !! Escarre + Douleur = **penser cancérisation (carcinome épidermoïde) !!**

Retard de cicatrisation :

- Causes locales : absence de traitement ou mal adapté, surinfection...
- Cause générale : dénutrition, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire...

Excès de cicatrisation :

- Hyper bourgeonnement
- Par excès de pansements pro-inflammatoires.

3.4.2. COMPLICATIONS GENERALES

- **Décompensation de tares**
- **Infections** : sepsis
- Troubles **hydro-électrolytiques** ou **métaboliques** par pertes locales
- Décès

3.5. TRAITEMENT PREVENTIF

3.5.1. IDENTIFIER LES PATIENTS A RISQUE

Principes :

- Par des **soignants formés**
- **Evaluation initiale puis régulière**
- Mesures **préventives**

Moyens :

- Echelles = Braden, Norton, Waterloo
- Jugement clinique

3.5.2. NURSING

Principes :

- **Installation adéquate** du patient alité pour éviter les forces de frottement et de cisaillement en privilégiant le **décubitus latéral oblique à 30°C**
- **Eviter les appuis prolongés** : mobilisation, postures
- **Changement de position toutes les 2 à 3 heures**
- Mise au **fauteuil**, verticalisation, **reprise précoce de la marche**

Moyens :

- **Surmatelas statique** : pas d'escarre et risque peu élevé, et patient passant moins de 12 heures au lit
- **Matelas statique** : pas d'escarre et risque moyen, et patient passant moins de 15 heures au lit
- **Surmatelas dynamique** : patient ayant eu des escarres ou avec une escarre peu profonde, ou risque élevé et passant plus de 15 heures au lit
- **Matelas dynamique** (continu ou discontinu) : patient ayant eu des escarres (de stade >3) et ne bougeant pas dans son lit, ou risque élevé et passant plus de 20 heures au lit

3.5.3. HYGIENE CUTANEE

Eviter la macération :

- **Changes réguliers** directement après l'élimination urinaire ou fécale
- **Toilette quotidienne**

Proscrire :

- **Proscrire le massage des points d'appui +++**, frictions
- Sèche-cheveux et glaçons

3.5.4. HYDRATATION ET APPORT NUTRITIONNEL

Hydratation :

- Favoriser une **bonne hydratation** disponible et en **surdosant** par rapport à la demande du patient
- Correction des troubles **hydro-électrolytiques**
- Surveillance clinique (bilan entrées et sorties, paraclinique **(ionogramme**)

Nutrition :

- **Bilan nutritionnel** par diététicienne
- Bilan **sanguin : albumine** et protides
- **Renutrition** avec des repas hypercaloriques et hyperprotidiques
- **Compléments alimentaires** et **vitamines**

3.5.5. EDUCATION

Qui ?

- Personnel paramédical
- Patient
- Famille

Objectifs :

- **Informer** du risque
- **Participation active**

Domaine :

- **Changements de positions**
- **Hygiène**
- **Nutrition** et **hydratation**
- **Soins : PAS de massage**

3.5.6. PREVENTION DE COMPLICATIONS ASSOCIEES

- Traitement des affections associées
- Préventions de la décompensation de tares sous-jacentes
- Prophylaxie antitétanique **(SAT-VAT)**
- Prévention des complications **thrombo-emboliques** par HBPM

3.5.7. « MIS = ZERO »

- Glaçage ou air chaud **INTERDITS**
- Massages ou frictions **INTERDITS**
- Antiseptiques ou Antibiotiques locaux **INTERDITS**
- Prélèvements bactériologiques sans signes d'infection **INTERDITS**

3.6. TRAITEMENT CURATIF

3.6.1. STADE 0 ET 1

Mesures préventives

- **Pansement non obligatoire**
- Au besoin en cas de risque de macération, utiliser un film semi-perméable ou hydrocolloïde transparent

3.6.2. STADE 2

Mesures préventives ET curatives :

- **Phlyctène** :
  - **Inciser** la phlyctène de façon indolore





- La **vider** de son contenu
- Laisser le toit de la bulle comme protection
- Recouvrir d'un pansement hydrocolloïde ou pansement gras

- **L'abrasion** ou l'ulcération superficielle :
  - **Nettoyer** avec un **produit neutre** comme l'eau ou le sérum physiologique
  - Recouvrir d'un **pansement hydrocolloïde**

3.6.3. STADE 3 et 4

Détersion

Détersion mécanique :

- Préférée à la détersion chimique
- Lieu : au **lit du patient ou au bloc opératoire** selon la gravité et l'extension en profondeur
- But : **éliminer les débris tissulaires nécrotiques et fibrineux non vascularisés et non innervés**, qui n'ont aucun potentiel de régénération, mais qui gênent la régénération du tissu viable sous-jacent
- Fréquence : **quotidienne puis espacée** (2 à 3 jours)
- Durée : **la plus courte et la plus efficace possible**, afin de raccourcir le délai de la cicatrisation dirigée

Bourgeonnement

- Le **fond de l'escarre est rouge** après détersion
- Mise en place de **pansements** hydrocolloïdes ou hydro-cellulaires
- Fréquence : quotidienne puis **espacés** (2 à 3 jours)

Epidermisation

- Mise en place de **pansements** hydrocolloïdes transparents, les films de polyuréthane, les interfaces vaselinées ou siliconées
- Proscrire tout geste local agressif
- Fréquence : quotidienne puis **plus espacés** (3 à 4 jours)

3.6.4. PLACE DE LA CHIRURGIE

- **Détersion mécanique au bloc opératoire sous AG** :
  - **Après échec** de la détersion au **lit** du malade
  - **Initialement en cas de plaies de grande taille** pour éliminer rapidement la quasi-totalité du tissu nécrosé
- **Infections : sepsis, ostéite**...
- **Absence de bourgeonnement, avec exposition osseuse et/ou tendineuse** nécessitant un lambeau de couverture

3.6.5. PANSEMENTS

- **Cas particuliers :**
  - Mauvaise odeur = **Charbon**
  - Escarre hémorragique = **Alginates**
  - Cicatrisation excessive = **Nitrate d'argent ou corticoïdes locaux**

- **Cas classiques :**

	Cellulaire	Fibres	Alginates	Colloïdes	Gras
Exsudat	X	X	X		
Anfractueux	X	X	X	X	
Bourgeon	X			X	X
Epidermisation	X			X	X

Conférences de consensus – Recommandations ITEM 116

Année	Source	Titre
2001	ANAES	Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé

Sujets tombés ECN ITEM 116

Année	Contenu
2004	Syndrome néphrotique, nursing, prévention d'escarre
2005	Prévention de la maladie thromboembolique et modalités de surveillance
2006	Diagnostic et traitement d'une phlébite associée à un érysipèle
2007	Prévention des complications de décubitus
2008	Prise en charge diagnostique et thérapeutique devant une embolie pulmonaire. Diagnostic différentiel entre phlébite et érysipèle

Chapitre 7

UE 5
Item 117

LE HANDICAP PSYCHIQUE

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- ***Evaluer le handicap psychique de l'adulte. Analyser les implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social.***
- ***Evaluer le handicap psychique de l'enfant et de l'adolescent en matière d'intégration scolaire et d'articulation entre le secteur sanitaire et médico-social. Argumenter les principes d'orientation, de prise en charge et d'aide (MDPH – Auxiliaire de vie scolaire collectif et individuel, Médico-social – intégration scolaire etc...) pour les enfants porteurs de handicap psychique***
- ***Argumenter les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques de remédiation cognitive.***
- ***Argumenter les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques éducatives et d'entraînement cognitif chez les enfants porteurs de handicap psychique***

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- ***Handicap psychique vs Handicap mental***
- ***SAVS***
- ***SAMSAH***
- ***GEM***
- ***RQTH***
- ***Techniques de remédiation cognitive***
- ***Schizophrénie***
- ***IPT (Integrated Psychological Treatment), CRT (Cognitve Remediation Therapy)***
- ***QI, QD***

Pour mieux comprendre

- **La loi de 2005** « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » **a reconnu de façon officielle les troubles psychiques comme pouvant être à l'origine d'un handicap**.
- De façon indirecte, elle fait **exister une nouvelle catégorie de personnes autrefois amalgamée sous la catégorie du handicap mental.**
- Cette reconnaissance invite l'ensemble des professionnels du handicap et de la mise en œuvre des politiques sociales à reconsidérer leurs dispositifs et leurs actions au regard de la problématique singulière de ce handicap
- **Il est donc essentiel de différencier :**
  - **Le handicap psychique : conséquence d'une maladie psychique ou neurologique**
  - **Le handicap mental : conséquence d'une altération des capacités intellectuelles**

Plan du chapitre :

ITEM 117

1. GENERALITES

1.1. HANDICAP PSYCHIQUE : DEFINITION

1.1.1. DEFINITION

- **Reconnaissance d'une limitation de la participation d'une personne à la vie sociale du fait de troubles psychiques graves qui perdurent et entraînent une gêne dans son quotidien, des souffrances et/ou des troubles comportementaux légers, moyens à sévères selon la maladie.**
- Des signes **apparaissent** dans la majorité des cas **pendant la période de l'adolescence et du jeune adulte**, de 15 à 20 ans, mais peuvent apparaitre à tout âge (schizophrénie tardive etc.)

1.1.2. ETIOLOGIES

- Les psychoses décompensées et particulièrement les **schizophrénies**
- Les **troubles dépressifs graves** associés :
  - A des états **maniaques** dans les **troubles bipolaires,**
  - Ou à des troubles **anxieux majeurs** dans le cadre de personnalités dysfonctionnelles comme les états-limites (personnalité boderline)
- Les troubles névrotiques graves comme les troubles **obsessionnels envahissants, les phobies invalidantes voire les conversions hystériques et les troubles hypochondriaques** en particulier post traumatiques.
  - Ces troubles sont souvent liés à des traumatismes : violences physiques ou sexuelles durant l'enfance ou l'adolescence, agressions physiques ou psychiques, accidents de travail ou de la circulation, deuils particulièrement difficiles, violences dues aux guerres,...
- **L'autisme et les troubles envahissant du développement (TED)**
  - Il s'agit de pathologies neuro-développementales
  - Qui se traduisent dès la toute petite enfance par une triade : troubles des interactions sociales réciproques, troubles de la communication, intérêts restreints et comportement stéréotypé.
- D'**autres situations pathologiques** peuvent entraîner un handicap psychique : les syndromes frontaux (conséquences de traumatismes crâniens ou de lésions cérébrales), les démences liées à une maladie ou à une cause toxique, les maladies neuro-dégénératives...





1.2. DIFFERENCE ENTRE HANDICAP PSYCHIQUE ET HANDICAP MENTAL

Type de déficience	Déficience mentale	Déficience psychique
Population	**650.000 personnes (enfants ++)**	**700.000 personnes (adultes ++)**
Définition	Caractérisée par une **déficience intellectuelle**	Caractérisée par une **altération de la pensée, de l'humeur et du comportement et générée par des troubles psychiques**
Age de début	A la **naissance**	Pendant la période de **l'adolescence** et du **jeune adulte**
Etiologie	Origine **organique**	Etiologie **triple** : **biologique, psychologique et sociale**
Evolution	**Stabilité** : l'idée d'une immuabilité du quotient intellectuel était partagée et reconnaissait la **déficience intellectuelle comme un état**	La **variabilité** des manifestations de la maladie crée constamment une **incertitude qui demande des ajustements incessants**
Objet	En ce qu'elles sont un objet de la **pédagogie** et non de la médecine. La déficience intellectuelle relève donc des **enseignants, des pédagogues, ou par la suite des psychologues** et est pensée en termes d'**éducation plutôt que de soin médical**	Objet de la **psychiatrie** ou de la **neurologie**, psychopathologie et de la psychologie. Recherche **sur le soin et le diagnostic médical**
Capacité intellectuelle	**Déficience** toujours présente	Les **capacités intellectuelles peuvent rester vives**
Place des soins	Soins **marginaux**	Soins **importants**

ITEM 117

2. HANDICAP PSYCHIQUE DE L'ADULTE

2.1. EVALUATION

2.1.1. DEFICIENCE

La déficience psychique affecte le malade dans les domaines suivants :

- Troubles de la volonté
- Troubles de la pensée
- Troubles de l'humeur
- Troubles de la conscience et de la vigilance intellectuelle

2.1.2. INCAPACITE

- Une des caractéristiques majeures du handicap psychique est qu'il s'accompagne souvent de la **négation**, de la **méconnaissance** ou de la **minimisation des troubles** de la part de la personne malade et quelquefois même de son entourage.

- Une autre caractéristique est la **variabilité des troubles** et de leur intensité dans le temps. Le rythme de variabilité peut être à l'échelle d'une période plus ou moins longue de la vie ou à l'échelle de la semaine ou même de la journée. Cette variabilité peut être due à la maladie et à la grande fragilité du malade par rapport aux contrariétés extérieures

2.1.3. REGLES D'EVALUATION

Elles sont multiples :

- Evaluation classique du handicap (cf item concerné)
- **Echelle globale de fonctionnement (DSM V)**
- Patient âgé : MMS, grille AGGIR (cf item concerné)

Le handicap psychique constitue la **première cause de mise en invalidité en France**

2.2. ORIENTATION ET PRISE EN CHARGE

2.2.1. GENERALITES

Le malade psychique ne peut être pris en charge par sa famille sur le long terme.

Il est donc nécessaire de prévoir pour lui un "**accompagnement**". Il pourra concerner :

- La **sphère personnelle** (se soigner, faire des courses, préparer des repas…)
- **Sociale** (prévoir et organiser un rendez-vous…)
- Ou **professionnelle** (orientation, aide à l'intégration, aménagement de poste…)

La prise en charge générale est décrite dans les chapitres suivants :

- Handicap mental chez le mineur : Cf. item 54
- Handicap mental chez le majeur : Cf. item 115

2.2.2. VIE SOCIALE

Les Services d'accompagnement de type : **SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)** ou **SAMSAH (Service d'Accompagnement MédicoSocial pour Adultes Handicapés)** sont susceptibles de répondre à cette attente :

- Les SAVS et SAMSAH permettent à des personnes handicapées psychiques d'apprendre à gérer leur vie quotidienne
- Les **GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle)** sont destinés à favoriser la réinsertion sociale de personnes handicapées

PRACS : Programme de **R**enforcement de l'**A**utonomie et des **C**apacités **S**ociales

- Renforcement de 4 compétences sociales : gestion de l'argent, gestion du temps, communications et loisirs, présentation (paroles, habillement).

2.2.3. EMPLOI

- **MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées.
- **CDAPH** : La Commission des Droits de l'Autonomie des Personnes Handicapées.
- **RQTH** : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
- **AAH** : Allocation Adulte Handicapés

2.3. TECHNIQUES DE REMEDIATION COGNITIVE

2.3.1. DEFINITION

- La remédiation cognitive est une forme de psychothérapie apparentée à la rééducation appliquée aux fonctions cognitives.
- Elle est est pratiquée par des **professionnels du domaine de la santé** : psychologues, neuropsychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, médecins ou infirmiers spécifiquement formés





- Elle prend la forme d'un **traitement rééducatif**, pratiqué sous forme d'exercices ludiques, destiné à améliorer le fonctionnement attentionnel, mnésique, langagier, exécutif, visuospatial, métacognitif ou social. Une action indirecte sur les troubles fonctionnels affectant la vie quotidienne est attendue, ce qui peut contribuer à améliorer l'insertion sociale et professionnelle des patients traités.

2.3.2. TECHNIQUES

La prise en charge s'articule autour de **2 techniques principales** :

- **Restauration des fonctions déficitaires** : entrainer les fonctions cérébrales au moyen d'exercices répétés, permettant **de travailler spécifiquement le ou les niveaux déficitaires d'une fonction cognitive**
- **Renforcement des processus préservés** : rééducation en s'appuyant sur les fonctionnements cognitifs préservés. Dans ce cas, le patient est encouragé à développer des stratégies pour traiter l'information.

Modalités :

- Bilan neuropsychologique complet initial
- La remédiation cognitive est uniquement employée pour tous les **patients dont l'état clinique est stable**, chez les patients aptes à s'investir activement dans une prise en charge.
- Les patients doivent, de plus, être à même de pouvoir se concentrer (motivation, intensité de l'attention) pendant **des séances de quelques dizaines de minutes**.

2.3.3. OBJECTIFS

- L'objectif d'une telle prise en charge étant d'**aider à une plus grande autonomie du patient dans sa vie sociale comme sa vie professionnelle**.
- Il est bon de **faciliter au patient la prise de choix d'objectifs**, qui lui est personnel, axés sur des situations de sa vie quotidienne avant le début de la prise en charge par les acteurs neutres par rapport aux choix personnel du patient.
- **Avant la prise en charge, il est nécessaire, d'avoir évalué précisément la cognition des patients** avant de leur proposer de bénéficier d'un programme de remédiation cognitive. Il faudra en effet :
  - **Cibler les domaines cognitifs déficitaires**
  - **Connaître la nature de ces déficits/incapacités**

2.3.4. INDICATIONS

Schizophrénie :

- **C'est l'indication première** de cette technique car son efficacité a été démontrée dans cette indication au sein de plusieurs méta-analyses.
- **Plusieurs programmes de remédiation cognitive** sont disponibles en français pour les patients souffrant de schizophrénie, dont **IPT (Integrated Psychological Treatment), CRT (Cognitve Remediation Therapy)**, RECOS, REHA-COM, MCT, ToMRemed, RC2S et Gaïa. Ils ont tous fait l'objet d'études contrôlées et chacun d'entre eux répond à des indications distinctes.
- La remédiation cognitive n'est pas destinée à remplacer les traitements médicamenteux ou certaines psychothérapies mais à compléter leurs effets. En effet, ces trois formes de traitement agissent à des niveaux différents ne se recouvrant pas. Les médicaments psychotropes agissent en effet sur certains récepteurs cérébraux et la psychothérapie agit sur les représentations du patient, alors que la remédiation cognitive agit sur le traitement de l'information.
- **Résultats :** réduit le taux de rechute, d'admission en psychiatrie et la durée de séjour

Altérations particulières à la Schizophrénie :

- *Métacognition :* conscience de son propre fonctionnement cognitif
- *Cognition sociale :* processus cognitifs impliqués dans les interactions sociales
- *Biais cognitifs :* erreurs de raisonnement

Autres :

- Enfants souffrant de troubles de l'attention avec hyperactivité
- Déficit intellectuel modérée (cf ci-après)
- Sujets âgés atteints de pathologies démentielles en début d'évolution (cf item concerné)

DEFICIENCE	Dynamiques cérébrales Processus cognitifs Symptômes psychiatriques	Psychothérapie, ECT, rTMS,TCC
LIMITATION D'ACTIVITE	Tâches cognitives	Remédiation Cognitive
RESTRICTION DE PARTICIPATION	Activité de la vie quotidienne Habiletés sociales Soutien à l'emploi et argent	Réadaptation psychosociale

ITEM 117

3. HANDICAP MENTAL

3.1. DEFINITIONS ET TERMES

HANDICAP MENTAL

Termes utilisés

- Personnes présentant une **déficience de l'intelligence**
- Personnes avec **retard mental**
- Personnes en situation de **handicap mental** (ou handicapées mentales)

Définition OMS

Source :

- **OMS - Classification Internationale des Handicaps**

Terme utilisé :

- **"Déficience de l'intelligence"**

Définition :

- « **Perturbations** du degré de développement des **fonctions cognitives** telles que la **perception, l'attention, la mémoire et la pensée** ainsi que leur **détérioration à la suite d'un processus pathologique** ».

Définition AAMR

Source :

- **AAMR** (Association Américaine de Retard Mental)

Terme utilisé :

- **" Retard mental "**

Définition :

- « Le retard mental est une incapacité caractérisée par des **limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif** qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient **avant l'âge de 18 ans** »

3.2. ETIOLOGIES

3.2.1. ORIGINE PAR DATE DE SURVENUE

Conception

- Maladies génétiques
- Aberrations chromosomiques
- Incompatibilité sanguine…

Péri-partum

- Infections virales, parasitaires, bactériennes
- Irradiation
- Médicaments
- Toxique : alcool, tabac…
- Souffrance fœtale

Naissance

- Prématurité
- Souffrance cérébrale du nouveau-né

Post- partum

- Maladies infectieuses, virales
- Troubles métaboliques
- Intoxications
- Traumatismes

3.2.2. ORIGINE PAR TYPE D'ETIOLOGIE

- **Idiopathique** : 30-40%
- **Affections innées :**
  - Chromosomique (Klinefelter, Turner, T21, X fragile)
  - Phénylcétonurie, mucopolysaccharidose
  - Hydrocéphalies malformatives, dysplasies neuro-ectodermiques congénitales (Bourneville, angiomatoses, von Recklinghausen)
- **Affections acquises :**
  - Embryopathies infectieuses
  - Souffrance cérébrale périnatale, encéphalites, syndrome de West, traumatismes
  - Carences affectives et sociales

3.3. CLASSIFICATION : DEFICIENCE - INCAPACITE - HANDICAP MENTAL

3.3.1. PRINCIPES

Modèle de Wood :

- **Déficience**
- **Incapacité**
- **Désavantage** = situation de handicap

Types de déficiences

Intellectuelles :

- Déficience de **l'intelligence** :
  - **Retard mental** profond, sévère, moyen, léger, limite

Limite	**QI < 85**
Légère	**QI < 70**
Modérée	**QI < 55**
Sévère	**QI < 40**
Profonde	**QI < 25**

  - **Démence**
- Déficience de la **mémoire** : amnésie
- Déficience de la **pensée**

3.3.2. INCAPACITES

- Sur le **comportement** : éducation, scolarité, relations sociales
- Sur la **communication**
- Sur les **soins corporels**
- Sur la **locomotion**
- Sur **l'utilisation du corps**

3.3.3. DESAVANTAGE = SITUATION DE HANDICAP

- **D'orientation** et de **réponses aux stimuli**
- **D'indépendance physique**, de mobilité, d'occupation
- **D'intégration sociale**, **d'indépendance économique**
- Perturbation de l'orientation, immobilité, isolement social, pauvreté

3.4. EVALUATION DU HANDICAP MENTAL

3.4.1. ENFANT

Quotient intellectuel

- Rapport de l'**âge mental** (niveau des acquisitions) à l'âge chronologique
- Il se calcule chez le **grand enfant**
- Test influencé par les acquisitions scolaires et le développement affectif, et modifiés par une psychose.

Quotient de dévelloppement

- Rapport de l'**âge de développement psychomoteur** à l'âge chronologique
- Il se calcule chez le **petit enfant** à l'aide du **Test de Brunet-Lézine**
- Test influencé par les acquisitions scolaires et le développement affectif, et modifiés par une psychose.

3.4.2. ADULTE

- Evaluation classique du handicap (cf item concerné)
- **Echelle globale de fonctionnement (DSM-V)**

3.4.3. ADULTE AGE

- **MMS, grille AGGIR** (cf item concerné)





Conférences de consensus – Recommandations ITEM 52

Année	Source	Titre
1968	Législatif	Loi de protection de l'incapable majeur
1980	OMS	CIDIH = Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps
2001	OMS	CIF = Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
2010	Législatif	Rectification loi de protection de l'incapable majeur (mars 2007 appliquées en début janvier 2010)
2012	AAMR	Association Américaine de Retard Mental
2012	UNAPEI	Union Nationale des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales
2012	Code civil	Article 490 et autres (dont modifications)

Sujets tombés à l'ECN ITEM 52

Année	Contenu
2004	Syndrome de Korsakoff dans le cadre d'un alcoolisme chronique
2007	Etat maniaque dans le cadre d'un trouble bipolaire
2010	Schizophrénie paranoïde et prise en charge au long cours

Chapitre 8

UE 5
Item 118

PRINCIPALES TECHNIQUES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION.

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- Argumenter les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques de rééducation et de réadaptation.
- Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie.
- Connaître le rôle et les principales compétences des différents professionnels de santé dans le projet de rééducation-réadaptation d'une personne en situation de handicap.

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- ***Rééducation – réadaptation***
- ***Médecins intervenants coordinateurs : médecin généraliste et/ou spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR)***
- ***Kinésithérapie : antalgie, prévention des attitudes vicieuses, lutte contre l'amyotrophie et les rétractions tendineuses, équilibre/marche, éducation à l'économie articulaire, maintien de l'autonomie***
- ***Orthophonie : rééducation de la voix, de la parole, de la déglutition***
- ***Ergothérapie***

Pour mieux comprendre

- La rééducation et la réadaptation concernent l'ensemble des moyens mis en œuvre afin de palier à des difficultés d'ordre fonctionnel.
- La prise en charge médicale fait intervenir le médecin généraliste ou le médecin spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR)
- Le mode de prise en charge peut être fait soit en ville soit dans des services ou centres de rééducation et réadaptation.
- Tout médecin doit être en mesure de prescrire un bilan et des séances de masso-kinésithérapie ou d'orthoptie. L'échange entre le praticien et les intervenants clés de la rééducation-réadaptation est indispensable afin de coordonner le dispositif de soins.

<u>Plan du chapitre :</u>

1. Généralités rééducation – réadaptation :
   1- Définitions
   2- Intervenants et prise en charge
   3- Soins de suite et de réadaptation (SSR)

2. Kinésithérapie et compétences :
   1- Textes de référence
   2- Prescription médicale de kinésithérapie
   3- Bilan diagnostic kinésithérapeute
   4- Objectifs et techniques de kinésithérapie
   5- Actes et compétences du kinésithérapeute
   6- Nomenclature générale des actes de kinésithérapie
   7- Contenu du dossier
3. Orthophonie et compétences :
   1- Principes
   2- Déroulement de la prise en charge
   3- Prescription médicale
   4- Nomenclature générale des actes orthophoniques
4. Autres techniques de rééducation et de réadaptation
   1- Ergothérapeute
   2- Appareillag

ITEM 118

1. GENERALITES REEDUCATION – READAPTATION

1.1. DEFINITIONS

1.1.1. REEDUCATION

- Réduire les **déficiences et les limitations d'activité**

1.1.2. READAPTATION

- Mesures médico-psycho-sociales afin que l'individu **s'adapte** à ses déficiences et limitations d'activité

1.1.3. REINSERTION

- Mesures permettant de **limiter l'exclusion** et favorisant le retour à la société

1.1.4. MPR

- Structure spécialisée, **avec médecins, psychologues**…
- La prise en charge nécessite **une entente préalable**

1.2. SOINS DE SUITE ET READAPTATION (SSR)

1.1.1. PRINCIPES

- **But : permettre au patient de retrouver une place dans son environnement initial ou le plus proche possible de ce qu'elle était avant, voire de l'aider à s'adapter à une nouvelle vie**
- Ils s'adressent à des malades requérant des **soins continus** et comportent une dimension éducative et relationnelle importante
- **Le Code de la Santé publique précise** que les soins de suite ou de réadaptation (SSR) sont dispensés par les établissements de santé concernés, dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, à des malades requérant des soins continus, **dans un but de réinsertion globale du patient**

1.1.2. FONCTIONS DE SOINS TECHNIQUES ET D'ACCOMPAGNEMENT

- **La limitation des handicaps physiques** qui implique la mise en œuvre de rééducation physique, voire d'appareillage et d'adaptation du milieu de vie
- **La restauration somatique et psychologique** grâce à la stimulation des fonctions de l'organisme, la compensation des déficiences provisoires, l'accompagnement psychologique et la restauration des rythmes
- **L'éducation du patient et de son entourage** par le biais des apprentissages, de la préparation et de d'adhésion au traitement, de la prévention. Le recours à des relais associatifs peut être utilisé à cet effet
- La poursuite et le suivi des soins et du traitement à travers son **adaptation, son équilibration, la vérification de l'observance** par le malade, la surveillance des effets iatrogènes éventuels.
- Une attention particulière sera portée au **traitement de la douleur**
- **La préparation de la sortie et de la réinsertion** en engageant aussi rapidement que possible, les demandes d'allocation et d'aides à domicile, en tenant compte éventuellement de la dimension professionnelle

1.1.3. PRISE EN CHARGE

- **Prise en charge globale** avec **équipe multi-disciplinaire** (cf intervenants)
- Principe de **continuité des soins** : les SSR s'inscrivent au centre de la **filière de soins**
- « Le principe de continuité des soins apparaît comme le fil conducteur en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation. Dans le parcours sanitaire d'un patient ils sont exercés en continuité des soins de courte durée, qui correspondent à une prise en charge pendant la phase aiguë de la maladie » :
  - **Filière de soins**, organisée et déterminée par la trajectoire du patient, en fonction de son état de santé
  - **Réseau de soins**, constitué par plusieurs acteurs de santé organisés entre eux et, de ce fait, aptes à la prise en charge du patient en fonction de ses besoins

2. KINESITHERAPIE ET COMPETENCES

2.1. TEXTES DE REFERENCE (pour information)

ROLES DU KINESITHERAPEUTE-DECRET DE COMPETENCE (ARTICLES 1, 2 ET 6) CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Bilan :

- **« Dans le cadre de la prescription médicale, le kiné établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés ».**

Traitement : actes de rééducation :

- Les actes effectués par le kiné sont « réalisés de façon **manuelle ou instrumentale**, notamment à des **fins de rééducation** », et « ont pour but de **prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer** ».

Adaptation des actes de rééducation :

- Le kiné est habilité à « **procéder à toutes évaluations utiles à** la réalisation des traitements mentionnés à l'article 5, ainsi qu'à **assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance** ».

Afin de conserver votre mémoire visuelle, le détail des rééducations spécifiques tombables à l'ECN sera à étudier dans vos livres de spécialités (en conformité aux conférences de consensus ci-dessous)

2000	ANAES	Rééducation de l'entorse externe de la cheville
2001	ANAES	Pathologies de la coiffe des rotateurs et masso-kinésithérapie
2003	ANAES	Cervicalgies communes : masso-kinésithérapie
2005	HAS	Lombalgies communes : prise en charge masso-kinésithérapique
2007	HAS	Polyarthrite rhumatoïde : masso-kinésithérapie

2.2. PRESCRIPTION MEDICALE DE KINESITHERAPIE

2.2.1. COMMENT PRESCRIRE

Ordonnance :

- Sur **ordonnance simple** (idem que pour les prescriptions standards)
- En indiquant les **objectifs de la rééducation (obligatoire)**
- Ainsi que la ou les **zones à traiter (obligatoire)**
- Contexte d'accident du travail, de maladie professionnelle ou d'ALD **(obligatoire)**
- **= permet l'Entente préalable**

Mentions facultatives :

- Préciser les lieux de soins (à domicile, en piscine,...)
- Préciser les dates de soins (week-end et jours fériés,...)
- Préciser les **contre-indications** (pas de stimulation électrique si paralysie faciale,...)
- Mention **« en urgence »** permet de se **passer de l'entente préalable**
- **Si ≥ 10 séances, bilan de début et de fin de traitement obligatoire**

Courrier pour le Kinésithérapeuthe :

- C'est le **SEUL** endroit ou le diagnostic peut être inscrit
- Le kinésithérapeuthe reçoit donc une **ordonnance** contenant la **prescription**
- ET un **courrier** qui contient le **diagnostic**
- *Explication :* l'ordonnance sera envoyée à la CPAM pour entente préalable, or elle ne doit pas avoir connaissance du diagnostic sinon il s'agirait d'une rupture du secret médical

2.2.2. CONTRE-INDICATIONS

Massages : contre-indiqués si allodynie, hyperalgésie ou hyperpathie

- *Allodynie* = douleur survenant lors d'un stimulus normalement **indolore**
- *Hyperalgésie* = douleur intense lors d'un stimulus normalement **peu douloureux**
- *Hyperpathie* = douleur prolongée lors d'un stimulus normalement **de courte durée**

Ultrasons : contre-indiqués si matériel métallique ou anesthésie locale

Electrothérapie : contre-indiquée si **pacemaker, paralysie faciale, syndrome pyramidal**

Mobilisation passive : contre indiquée si arthrite, douleur, allodynie

Mobilisation active isométrique : contre indiquée si pathologie inflammatoire ou musculaire

Mobilisation active dynamique : contre indiquée si infections, lésions osseuses...

En cas de paralysies faciales : Pas de contractions globales / travail en force / électricité

En cas de spasticité : pas d'éléctricité

2.2.3. PRATIQUES

- **Lymphœdème :** drainage lymphatique
- **Œdèmes veineux :** manœuvres d'appel et de chasse
- **Massages :** glissés, transverses (tendinites), pression statique (contracture)

Dr REDUCATION Paul
N°Siret

Mr DUPUIS Jean
Le

- **Titre** : type de rééducation (cf.. intitulés de la nomenclature)
- **Mentions spécifiques** :
  - « Acte urgent » si nécessaire (évitant le délai trop long entre la prescription et la réalisation de la kinésithérapie)
  - Lieu : à domicile
  - Week-ends et jours fériés
- **Renseignements cliniques :**
  - Articulations ou organes en cause
  - Pathologie associée ou spécificité contre-indiquant certains gestes
- **Protocole de kinésithérapie** :
  - Fréquence et nombre de séances
  - Type : active, passive, proprioceptive, physiothérapie...
  - Eventuelles contre-indications
  - Lieu : domicile, centre, piscine

Date et signature

100% ?

2.3. BILAN-DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE

2.3.1. CONTENU

Bilan initial :

- **Extrait du dossier masso-kinésithérapique**
- **Buts :**
  - **Etablit le diagnostic kinésithérapique**
  - **Assure la liaison avec le médecin prescripteur**
- **Le bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte :**
  - L'évaluation initiale des **déficiences** (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...)
- L'évaluation initiale des **incapacités fonctionnelles**
- **Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés :**
  - **Nombre et rythme des séances.**
  - **Objectifs**
  - **Techniques** de rééducation.





Le suivi du kiné :

- La **description du protocole thérapeutique** mis en œuvre
- La **description des événements** ayant éventuellement justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement
- Les **résultats obtenus** par le traitement, notamment en termes anatomiques et fonctionnels par rapport à l'objectif initial
- Les **conseils** éventuellement donnés par le masseur-kinésithérapeute à son patient
- Les **propositions consécutives** (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention...).

2.3.2. ENVOI DU BILAN AU MEDECIN PRESCRIPTEUR

- Une **fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique initial** est adressée dès le début du traitement au médecin prescripteur :
  - **Evaluation**
  - **Diagnostic kinésithérapique**
  - **Protocole thérapeutique précisant le nombre de séances**
- Toutefois, lorsque le nombre de séances préconisé par le masseur-kinésithérapeute est inférieur à 10, l'information du médecin prescripteur peut se limiter à une copie de demande d'entente préalable
- Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est adressée au médecin prescripteur au terme d'un traitement supérieur ou égal à 10 séances.

NOMBRE DE SEANCES	< 10 SEANCES	≥ 10 SEANCES
ENVOI DU BILAN AU MEDECIN PRESCRIPTEUR OBLIGATOIRE	NON	OUI
INFORMATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR PAR LE KINE	Copie de la demande d'**entente préalable**	Fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique **initial** Fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique **post-thérapeutique**

DEROULEMENT DE LA PRISE EN CHARGE KINESITHERAPEUTIQUE

2.4. OBJECTIFS ET TECHNIQUES DE KINESITHERAPIE

2.4.1. OBJECTIFS DE LA REEDUCATION

- **Levée de l'inhibition douloureuse**
- Lutte contre les **rétractions musculo-tendineuses et ligamentaires**
- Maintien des **amplitudes** articulaires fonctionnelles
- Lutte contre l'**amyotrophie** et renforcement musculaire





- Lutte contre les attitudes vicieuses
- **Réadaptation à l'effort**
- Travail de **l'équilibre et de la marche** et rééducation proprioceptive
- **Education** du patient (économie articulaire et hygiène de vie)

2.4.2. TECHNIQUES DE KINESITHERAPIE

TYPE DE KINESITHERAPIE	CONTENU	BUTS (Non exhaustif)
KINESITHERAPIE PASSIVE	• Massages • Postures • Mobilisations • Tractions • Etirements musculo-tendineux • Mécanothérapie • Relaxation neuro-musculaire	• Diminuer les douleurs • Préserver la trophicité musculaire • Gain d'amplitude
KINESITHERAPIE ACTIVE	• **Renforcement musculaire** : – Isométrique (longueur constante) – Isotonique (charge constante) – Isocinétique (vitesse constante)	• Renforcement musculaire • Rééducation sensorimotrice
PHYSIOTHERAPIE	• **Cryothérapie** : physiothérapie par le froid • **Thermothérapie** : physiothérapie par le chaud • **Electrothérapie :** – Applications de courants électriques – Utilisation des ondes mécaniques (infrasons, vibrations sonores, ultrasons) – Utilisation des ondes électromagnétiques (ondes courtes, ondes centrimétriques, infrarouge, ultraviolets)	• Action antalgique • Action trophique • Lutte contre les raideurs
HYDROTHERAPIE	• Balnéothérapie • Massage en jet	• Effet antalgique • Lutte contre la raideur

2.4.3. MASSAGE

Définition selon le décret de compétence (Art 1 et 2) :

- « Toute **manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres** que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus ».

Contre-indications :

- Dermatoses infectieuses (impétigo, érysipèle...)
- Dermatoses surinfectées (eczéma surinfecté...)
- Matériel d'ostéosynthèse sous-cutané

Types :

- **Pressions** :
  - Multiples : proprioception, œdème, contractures musculaires...
  - Types :
    - Glissées (superficielles ou profondes)
    - Locales à but circulatoire
- **Pétrissage** :
  - Contractures musculaires
  - Types :
    - Pression et étirement
    - Le palper-rouler est la technique la plus utilisée
- **Frictions** :
  - Séquelles cicatricielles ligamentaires.
- **Drainage lymphatique** :
  - Massage à visée circulatoire

2.4.4. MOBILISATION

Déroulement :

- **Mobilisations régulières** :
  - Actives
  - Passives
- **Positionnement après les mobilisations** :
  - = Phases de repos articulaires dans certaines postures pour maintenir ou gagner les amplitudes articulaires
  - 2 types de postures :
    - Postures manuelles
    - Postures instrumentales (à l'aide d'orthèse)

Buts :

- Maintenir l'amplitude articulaire
- Augmenter l'amplitude articulaire

2.4.5. RENFORCEMENT MUSCULAIRE

TYPES	MECANISMES	PHYSIOLOGIE MUSCULAIRE
STATIQUE	**Sans déplacement** d'un segment de membre	**Isométrique** (longueur constante)
DYNAMIQUE	**Avec déplacement** d'un segment de membre : • Soit en concentrique • Soit en excentrique	**Isotonique** (charge constante)
ISOCINETIQUE	**Vitesse constante**	**Isocinétique** (vitesse constante)

2.4.6. BALNEO THERAPIE

Contre-indications :

- Dermatoses infectieuses (impétigo, érysipèle...)
- Dermatoses surinfectées (eczéma surinfecté...)
- Certaines pathologies cardiaques ou infectieuses...





2.4.7. ELECTRO-PHYSIOTHERAPIE

- **Applications de courants électriques**
- **Utilisation des ondes mécaniques** (infrasons, vibrations sonores, ultrasons)
- **Utilisation des ondes électromagnétiques** (ondes courtes, ondes centrimétriques, infrarouge, ultraviolets)

ITEM 118

3. ORTHOPHONIE ET COMPETENCES

3.1. PRINCIPES

3.1.1. 2 ROLES DE L'ORTHOPHONISTE

Bilans :

- Bilan orthophonique avec **rééducation si nécessaire**
- Bilan orthophonique **d'investigation**
- Bilan orthophonique **de renouvellement**

Rééducations :

- Rééducation **individuelle**
- Rééducation **nécessitant des techniques de groupe**

3.1.2. INDICATIONS

Quelles indications ?

- Troubles de la **voix**, de l'articulation, de la parole
- Troubles de la **compréhension**
- Trouble de l'expression du **langage** oral et écrit

3.2. ACTES

3.2.1. BILAN

Types de bilan

- **Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire** :
  - L'orthophoniste pose le diagnostic
  - Il détermine lui-même :
    - Les objectifs de la rééducation
    - Le nombre
    - La nature des séances de rééducation
- **Bilan orthophonique d'investigation** :
  - L'orthophoniste pose le diagnostic
  - Il propose au médecin un plan de soins
- **Bilan orthophonique de renouvellement** :
  - A l'issue des 50 ou 100 premières séances, si la rééducation doit être poursuivie
  - L'orthophoniste dresse un constat
  - Il détermine les modalités de poursuite de la rééducation.

Contenu du bilan

- **Diagnostic orthophonique**
- Détermination des **objectifs, nombre et nature des séances** (cas du bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire)
- Proposition de **plan de soins** (cas du bilan orthophonique d'investigation)
- **Compte-rendu établi** pour le médecin consignant l'ensemble des éléments du bilan

3.2.2. REEDUCATION

Définitions

Voix = son en lui-même

Parole = modification du son (prononciation)

Langage = utilisation du son (acquisition)

Surdité

Lecture labiale : intérêt primordial

Langage parlé complété : très utile avec les implants cochléaires

Indications :

- **Enfants = systématiques**
- Adultes = plutôt aux **stades profonds si les autres aides sont insuffisantes**, parfois avant afin de faciliter l'acceptation de la surdité

Ecrit

Dyslexie : confusion entre les lettres

Dysorthographie : difficultés uniquement pour l'orthographe

Dysgraphie : difficultés uniquement pour l'écriture

Dyscalculie : difficultés uniquement pour le calcul

= Expliquent 5 à 10% des échecs scolaires

Oral

Bégaiements :

- = troubles de la PAROLE (prononciation)
- **Toniques :** barrages lors d'une phrase normale
  (Et si nous.)
- **Clonique :** répétition d'une lettre ou d'une syllabe
  (t-t-t-t-troooooiiiis)

Dysphasie :

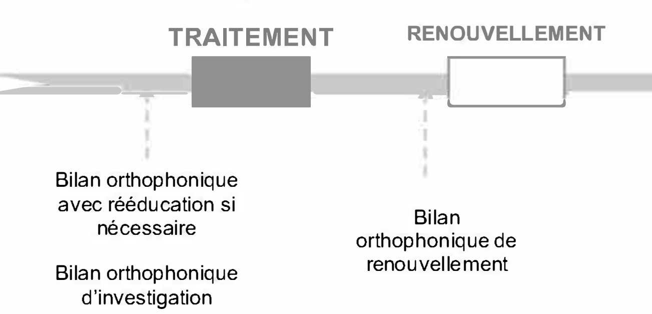
- = troubles du LANGAGE (acquisition)
- Beaucoup plus grave, sans origine organique
- Typiquement **enfant de 4 ans avec un langage très sommaire**

Anatomie

Dysphonies

Insuffisances vélaires

Anomalies neurologiques



3.3. DEROULEMENT DE LA PRISE EN CHARGE

Prescription

PRESCRIPTION MEDICALE

Elle contient :

- Les motivations de la demande de bilan
- Tout élément susceptible d'orienter la recherche de l'orthophoniste

Elle mentionne l'un des deux types de demande :

- Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire
- Bilan orthophonique d'investigation

BILAN ORTHOPHONIQUE PAR L'ORTHOPHONISTE	Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire	Bilan orthophonique d'investigation
COMPTE-RENDU AU MEDECIN PAR L'ORTHOPHONISTE	• Diagnostic orthophonique • Si des séances de rééducation doivent être dispensées, il comprend : – Les objectifs de la rééducation – Le nombre – La nature des séances	• Diagnostic orthophonique • Propositions de l'orthophoniste concernant un plan de soins
AVIS DU MEDECIN A LA RECEPTION DU COMPTE-RENDU	NON Aucun avis n'est donné sauf contre-indications médicales	• Le médecin décide • Il peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature
ACTIONS DE L'ORTHOPHONISTE	• Il n'a pas besoin de l'avis du médecin sauf contre-indications médicales • Il établit de façon autonome une demande d'entente préalable • Il traite le patient	• Il a besoin de l'avis du médecin • Il reçoit la prescription de rééducation orthophonique du médecin • Il établit une demande d'entente préalable • Il traite le patient

A LA FIN DU TRAITEMENT

A l'issue des 50 ou 100 séances selon le type de rééducation :

- 1er cas : la rééducation est finie
- 2ème cas : la rééducation doit être poursuivie :
  - L'orthophoniste demande au prescripteur un bilan de renouvellement

LE MEDECIN

Prescrit le bilan orthophonique de renouvellement



L'ORTHOPHONISTE

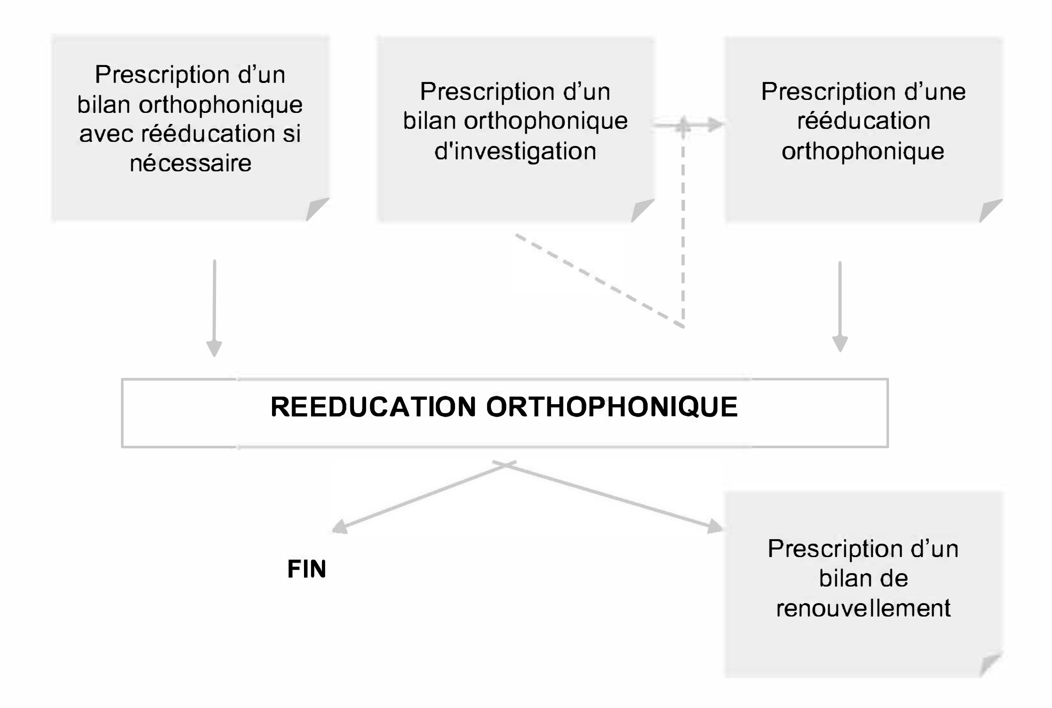
- Reçoit le bilan orthophonique de renouvellement
- Traite le patient conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.



= Moments où le médecin peut prescrire

3.4. PRESCRIPTION MEDICALE

3.4.1. PRINCIPES



3.4.2. CONTENU DE LA PRESCRIPTION

Prescription d'un bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire

- **Faire un** bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire
- **Pour orienter la prise en charge devant …**
- **Renseignements cliniques : …**

Prescription d'un bilan orthophonique d'investigation

- **Faire un** bilan orthophonique d'investigation
- **Pour orienter la prise en charge devant …**
- **Renseignements cliniques : …**

Prescription d'une rééducation orthophonique

- **Faire une rééducation… (cf. libellé) dans la cotation des actes orthophoniques**
- **Objectifs : …**
- **Nature des séances : …**

4. AUTRES TECHNIQUES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION

4.1. ERGOTHERAPEUTE

4.1.1. BUT

- **Optimiser des fonctions restantes de capacités gestuelles diminuées.**

4.1.2. MOYENS

- Utilisation **d'aides techniques**
- Utilisation de **techniques de rééducation**
- Souvent au domicile des patients

4.1.3. ACTIVITES

- **Evaluation et rééducation des troubles des fonctions supérieures** (mémoire, apraxie, fonctions exécutives).
- **Travail de rééducation motrice et sensorielle** des déficits de préhension.
- **Evaluation de l'autonomie d'un patient** en situation réelle.
- **Installation et développement d'interface** homme machine.
- Confection **d'orthèses** (orthèse araignée pour une paralysie radiale, orthèse d'immobilisation de la trapézo-métacarpienne du pouce)

5. APPAREILLAGE

5.1. GENERALITES

5.1.1. DEFINITIONS

Appareillage :

- Technique de rééducation et de réadaptation qui utilise des dispositifs médicaux
  - **Prothèses**
  - **Orthèses**
  - **Aides techniques**
  - **Assistances technologiques**

L'appareillage nécessite :

- Un **bilan initial**
- Une **prescription**
- Une **évaluation des résultats** (de l'appareillage lui-même et du rapport bénéfice/risque)
- Parfois un **ajustement thérapeutique**

5.1.2. ORTHESE PROTHESE

Définition :

Types	Rôle	Handicap
ORTHESE	Suppléance fonctionnelle	**Défaut de fonction** d'un segment de membre
PROTHESE	Remplace un segment de membre manquant	**Perte** d'un segment de membre

Petit appareillage :

- Matériel **produit en série** (préfabrication)
- Permet de **compenser une fonction organique déficiente**
- Modalités de prescription
  - Prescription sur ordonnance, **par tous médecins, prix libre**
  - Remboursé par l'assurance maladie **si présent sur la liste LPPR**
- Exemples : semelles, talonnettes, bandages, bas de contention, attelles…

Grand appareillage :

- **Dispositifs médicaux** (orthèses et prothèses), **aides techniques sophistiquées** (interfaces de commande de l'environnement), **matériel majeur** (véhicule pour handicapés) …
- Modalités de prescriptions :
  - Pris en charge à **100%, inscrit à la LPPR**
  - **Demande d'entente préalable** (15 jours avant)
  - Confection par les **ortho-prothésistes (membre supérieur) et podo-orthésistes (membre inférieur) uniquement**

Prescription de l'appareillage :

- Les orthèses et prothèses sont prescrites uniquement par :
  - Les médecins **MPR**, les **orthopédistes**, **rhumatologues**
  - Les neurologues, neurochirurgiens,
  - Les endocrinologues, plasticiens, dermatologues
  - Les pédiatres, les gériatres, les chirurgiens vasculaires
- **En revanche le renouvellement peut être fait par tout médecin**

5.2. AIDES TECHNIQUES

5.2.1. DEFINITIONS

Aide technique :

- « Tout dispositif non appliqué directement sur le corps, permettant de diminuer les limitations d'activités et contribuant à l'amélioration de l'autonomie, de la sécurité et du bien être des personnes handicapées »

5.2.2. PRESCRIPTION

Aides à la déambulation :

- Inscrites à la liste **LPPR**
- Prise en charge au **niveau de la LPPR**, mais comme les prix sont libres (et le remboursement LPPR est fixe), il peut y avoir un certain dépassement
- Prescription sur ordonnance par tout médecin

Prescription des fauteuils roulants :

- **Fauteuils manuels :**
  - Sur ordonnance simple ou bizone (si ALD), par tout médecin
  - Pris en charge à 100% :
- **Fauteuils éléctriques** :
  - Demande d'entente préalable, uniquement par les médecins de **MPR**
  - Pris en charge à 100%
- **En revanche le renouvellement peut être fait par tout médecin**





5.2.3. PRINCIPALES AIDES TECHNIQUES

- **Aides à la déambulation :** cannes simples, tripodes, axillaires, déambulateurs…
- **Aides à la station debout :** verticalisateur
- **Aides au déplacement :** fauteuils roulants manuels, éléctriques, scooters
- **Aides à la préhension :** pinces à manche, enfile-chausson…
- **Contrôle de l'environnement :** volets éléctriques, appareils hifi, commande vocale
- **Aides à l'audition :** implants cochléaires, appareils auditifs
- **Aides à la vision :** appareillage basse vision

Conférences de consensus – Recommandation ITEM 118

Année	Source	Titre
2000	Législatif	Décret de compétence kinésithérapie
2000	Législatif	Actes en kinésithérapie
2000	ANAES	Recommandations kinésithérapie
2000	ANAES	Rééducation de l'entorse externe de la cheville
2001	ANAES	Recommandations ergothérapie
2001	ANAES	Pathologies de la coiffe des rotateurs et masso-kinésithérapie
2003	ANAES	Cervicalgies communes : masso-kinésithérapie
2005	HAS	Lombalgies communes : prise en charge masso-kinésithérapique
2006	Législatif	Actes en orthophonie
2007	HAS	Polyarthrite rhumatoïde : masso-kinésithérapie
2012	HAS	Rééducation réadaptation

Sujets tombés à l'ECN ITEM 118

Année	Contenu
2004	Syndrome de Korsakoff. Prise en charge thérapeutique à court, moyen et long terme. Rééducation.
2005	Gonarthrose. Objectifs et méthodes de rééducation et de réadaptation
2006	Sclérose en plaques
2007	Algodystrophie. Prescription d'une masso-kinésithérapie. Objectifs de la prise en charge.
2010	Spondylarthrite ankylosante. Diagnostic et prise en charge globale. Prescription des différentes méthodes de rééducation adaptées.

Chapitre 9

UE 5
Item 131

BASES NEUROPHYSIOLOGIQUES, MECANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES D'UNE DOULEUR AIGUE ET CHRONIQUE.

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- ***Reconnaître et évaluer une douleur aiguë et une douleur chronique (douleurs nociceptives, neuropathiques et dysfonctionnelles), chez l'adulte et la personne âgée / peu communicante***

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- ***Aiguë (< 3 mois) = symptôme d'alarme à but protecteur***
- ***Chronique (≥ 3 mois à 6 mois) = syndrome douloureux***
- ***Prise en charge : mécanisme de la douleur, évaluation de l'intensité ; traitement adapté***
- ***Mécanismes de la douleur : nociceptive, neuropathique, mixte, psychogène***
- ***Evaluation de l'intensité : auto-évaluation ou hétéro-évaluation***

Pour mieux comprendre

- La douleur est une « sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes ».
- Celle-ci repose sur des bases physiopathologiques complexes mettant en jeu des stimuli, des récepteurs spécifiques, des neurones, des neurotransmetteurs et des systèmes de contrôle.
- L'analyse sémiologique est nécessaire afin d'évaluer l'intensité de la douleur et d'identifier son mécanisme ; le but final étant d'administrer le traitement antalgique adapté.

<u>**Plan du chapitre :**</u>





4. Reconnaître le type de douleur :
    1. Distinguer douleur aiguë et chronique
    2. Reconnaître l'étiologie
5. Evaluer la douleur (échelles d'évaluation) :
    1. Principes généraux des échelles
    2. Intensité de la douleur
    3. Echelle multi-dimensionnelle
    4. Echelle comportementale
    5. « Echelle » topographique
6. Perception et comportement vis-à-vis de la douleur
7. Conséquences systémiques d'une douleur non traitée
8. Douleur chez le sujet âgé

ITEM 131

1. GENERALITES SUR LA DOULEUR

1.1. DEFINITIONS (IASP-ANAES)

1.1.1. DEFINITION DE LA DOULEUR

Selon l'IASP (International Association for the Study of Pain) :

- **« Sensation désagréable et expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes. »**

1.1.2. DEFINTION SELON LA DUREE

Dénomination communément admise :

DOULEUR	DUREE
AIGUË	**< 3 mois**
CHRONIQUE	**≥ 3 mois**

Définition de la douleur chronique (ANAES) :

- « **Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable**, liée à une **lésion tissulaire existante ou potentielle**, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis **plus de 3** (à 6) **mois** et/ou **susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient**, attribuable à toute cause non maligne »

1.2. CARACTERISER UNE DOULEUR (ANAES)

1.2.1. MODE DE DEBUT

- **Circonstances exactes** (maladie, traumatisme, accident de travail…)
- **Description** de la douleur initiale
- Modalités de prise en charge immédiate
- Evénements de vie concomitants
- **Retentissement** (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle…)

1.2.2. PROFIL EVOLUTIF

- **Profil évolutif** du syndrome douloureux (douleur permanente, récurrente, intermittente…)
- **Degré du retentissement**

1.2.3. TRAITEMENTS EFFECTUES ET ACTUELS

- **Traitements médicamenteux et non médicamenteux** antérieurs, actuels
- Modes d'administration des médicaments, doses, durées
- **Effets bénéfiques** partiels, effets indésirables, raisons d'abandon
- Attitudes vis-à-vis des traitements

1.2.4. ANTECEDENTS ET PATHOLOGIES ASSOCIEES

- **Familiaux**
- **Personnels** (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques)
- Expériences douloureuses antérieures

1.2.5. DESCRIPTION DE LA DOULEUR ACTUELLE

- **Topographie**
- Type de **sensation** (brûlure, décharge électrique…)
- **Intensité**
- **Retentissement** (anxiété, dépression, troubles du sommeil)
- **Facteurs d'aggravation et de soulagement** de la douleur

1.2.6. CONTEXTES FAMILIAL, PSYCHOSOCIAL, MEDICO-LEGAL ET INCIDENCES

- Situation sociale et familiale
- Statut professionnel et satisfaction au travail
- Indemnisations perçues, attendues ; implications financières
- Procédures

1.2.7. FACTEURS COGNITIFS

- Représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive…)
- Interprétation des avis médicaux

1.2.8. FACTEURS COMPORTEMENTAUX

- **Attitude vis-à-vis de la maladie** (passivité…)
- **Observance** des prescriptions

1.2.9. ANALYSE DE LA DEMANDE

- Attentes du patient (faisabilité, reformulation)
- Objectifs partagés entre le patient et le médecin

ITEM 131

2. PHYSIOLOGIE DE LA DOULEUR

2.1. PRINCIPES PHYSIOLOGIQUES

2.1.1. 4 PROCESSUS

- **Transduction** : transformation du stimulus douloureux en influx électrique par les nocicepteurs.
- **Transmission** du signal par les neurones vers la moelle épinière puis l'encéphale.
- **Perception** de la douleur par les structures dédiées.
- **Modulation** par les systèmes descendant inhibiteurs et facilitateurs.





2.1.2. 3 NEURONES INTERVENANT DANS LA DOULEUR

1er neurone	**Protoneurone**	Conduit l'**influx** des **nocicepteurs** jusqu'à la **corne postérieure de la moelle**
2ème neurone	**Deutoneurone**	Transmission **spinothalamique** (voies ascendantes médullaires)
3ème neurone	**3ème neurone**	**Transmission thalamo-cortical**

2.1.3. PHYSIOLOGIE DE « L'INFLUX DE LA DOULEUR »

- **Stimulus**
- **Système nociceptif périphérique :**
  - Récepteur / nocicepteur
  - Fibres nerveuses sensitives afférentes du protoneurone
- **Etage médullaire :**
  - Corps cellulaire des protoneurones
  - Voies ascendantes médullaires = deutoneurone assurant la transmission spinothalamique
- **Etage supra-médullaire :**
  - 3ème neurone assurant la transmission thalamo-cortical
  - Cortex cérébral

2.1.4. SYSTEMES DE CONTROLE

- Contrôle **neurochimique de la corne postérieure :** système **opioïde**
- Contrôle **médullaire : gate control**
- Contrôle **supra-médullaire** :
  - Systèmes descendants cérébro-médullaires à médiation **sérotoninergique et noradrénergique**
  - **Contrôles inhibiteurs diffus induits par la nociception (CIDN)**
  - Contrôles intrathalamiques
  - Contrôles activateurs supra-spinaux

2.2. SYSTEME NOCICEPTIF PERIPHERIQUE

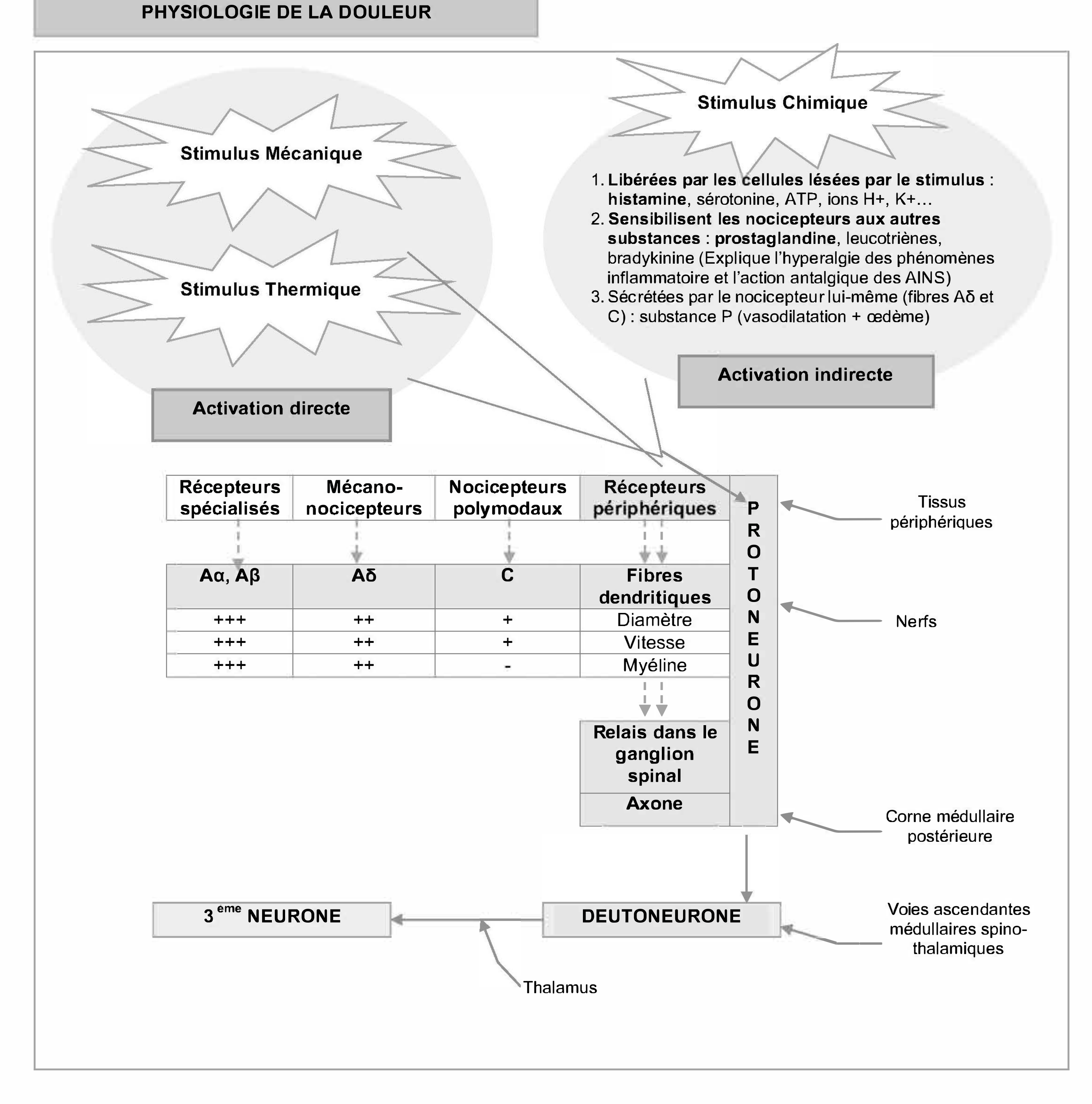
2.2.1. FIBRES NOCICEPTIVES DES PROTONEURONES

- **Fibres sensitives afférentes des protoneurones**
- **Conduction du message nociceptif jusqu'à la corne postérieure de la moelle** (DREZ = Dorsal Root Entry Zone)
- Différents calibres en fonction du type de nocicepteur :
  - **Fibres A alpha et A bêta :**
    - Myélinisées, à conduction rapide
    - Bonne discrimination spatiale
    - Fibres **tactiles et proprioceptives**
  - **Fibres A delta :**
    - Myélinisées, petits calibres, conduction lente
    - Epicritiques
    - Stimulation **mécanique nociceptive brève initiale**
  - **Fibres C :**
    - Amyélinique, très petit diamètre, conduction lente
    - Nocicepteurs **polymodaux** : thermique, mécanique, chimique
    - **Douleur diffuse et prolongée à type de brûlure**

2.2.2. RECEPTEURS NOCICEPTEURS

- **Directe** :
  - Correspondent à la **terminaison nerveuse libre, périphérique, des neurones sensitifs afférents**
  - Activés par des des **« stimuli nociceptifs »** :
    - Stimulation **thermique** : chaud (>43°C) / froid (<10°C)
    - Stimulation **mécanique** : pression
    - Stimulation **chimique**
    - Stimulation **électrique**
- **Indirecte :**
  - Par lésion tissulaire et inflammation
  - Conduisant à la formation locale de la « **soupe inflammatoire** » :
    - **Substances algogène**
      - **Libérées par les cellules lésées** : ions **H+**, **K+**…
      - Excrétée par les **plaquettes : sérotonine**, ATP
    - **Dégranulation mastocytaire** : **histamine**
    - **Sensibilisant les nocicepteurs aux autres substances : prostaglandine**, **leucotriènes**, **bradykinine** (explique l'hyperalgie des phénomènes inflammatoires et l'action antalgique des AINS)
    - **Sécrétées par le nocicepteur lui-même** (fibres Aδ et C) : **substance P** (entrainant vasodilatation et œdème, libération des substances algogènes, dégranulation mastocytaire)
    - **Neurotrophines : NGF** (Nerve Growth Factor) et **BDNF** (Brain Derived Neurotrophic Factor)
    - Autres : VIP (Peptide Vasoactif Intestinal), monoxyde d'azote NO,…

Stimulus	**Mécanique léger Aα (propioception) Aβ (tactile)**	**Mécanique fort Thermique**	**Mécanique fort Thermique Chimique**
Récepteurs périphériques	**Récepteurs Spécialisés**	**Mécano-nocicepteurs**	**Nocicepteurs polymodaux**
Fibres dendritiques	**Aα, Aβ**	**Aδ**	**C**
Diamètre	+++	++	+
Vitesse	+++	++	+
Myéline	Myélinisés +++	Myélinisés +	Amyéléniques



2.3. VOIES ASCENDANTES MEDULLAIRES NOCICEPTIVES

2.3.1. NEURONES POST-SYNAPTIQUES

- **Neurones nociceptifs spécifiques** :
  - Présents dans les **couches superficielles** de la corne dorsale de la moelle épinière
  - Ne répondent qu'à des stimulations de **haute intensité**
- **Neurones nociceptifs non-spécifiques, « à convergence »** :
  - Présents dans les couches **profondes** de la corne dorsale

- Répondent à des stimuli **de faible ou de forte intensité,** leur fréquence de réponse étant proportionnelle à l'intensité du stimulus
- **Phénomène de convergence** au niveau de ces neurones : ils reçoivent des afférences cutanées, viscérales, et articulaires, ce qui explique ainsi les **douleurs projetées**.

2.3.2. TYPE

- **Spino-thalamique**
- **Spino-réticulo-thalamique**
- **Spino-ponto-mésencéphalique**

2.3.3. SPINO-THALAMIQUE

- Situé dans le **cordon antéro-latéral** de la moelle épinière
- Il joue un rôle essentiel dans la **conduction de la sensibilité thermique et douloureuse** chez l'homme (douleur rapide et de topographie précise).
- Schématiquement :
  - Les axones des neurones de la corne postérieure cheminent dans le faisceau antéro-latéral controlatéral (système lemniscal)
  - Se projettent sur les régions latérales du thalamus (noyau ventro-postéro-latéral) postérieures et médianes.

2.3.4. SPINO-RETICULO-THALAMIQUE

- Situé dans la partie ventrale du cordon antéro-latéral de la moelle
- Il serait responsable de la transmission de la douleur lente diffuse et intense
- Il se termine à différents niveaux de la formation réticulée et envoie des projections vers les centres sympathiques et le **thalamus médian**

2.3.5. SPINO-PONTO-MESENCEPHALIQUE

- Situé dans le cordon antéro-latéral de la moelle épinière
- Ses faisceaux se projettent sur la substance grise périaqueducale et l'aire para-brachiale

2.4. STRUCTURES SUPRA-SPINALES

2.4.1. LES PRINCIPALES STRUCTURES

Structures sous-corticales :

- Formation **réticulée**
- **Thalamus**

Centres corticaux :

- **Cortex somesthésique** primaire et secondaire (cortex pariétal)
- **Système limbique** :
  - **Cortex insulaire**
  - Cortex **cingulaire**

2.4.2. FORMATION RETICULEE

- Au niveau **ponto-mésencéphalique** : la **substance grise périacqueducale** et le **noyau cunéiforme**
- Au niveau **bulbaire** : la **médulla rostro-ventrale**
  - Comprenant les **noyaux giganto- et paragiganto-cellulaire** et le noyau du raphé magnus





2.4.3. THALAMUS

- Neurones du **noyau ventro-postéro-latéral** organisés de façon **somatotopique** (représentation du corps point par point, permettant une discrimination spatiale des afférences sensitives)
- Le thalamus **médian** (non spécifique de la sensibilité tactile ni douloureuse) reçoit des fibres du faisceau **spino-réticulo-thalamique**

2.4.4. HYPOTHALAMUS

- Rôle dans les **réactions végétatives et endocrinienne** à la douleur.
- Reçoit des afférences des faisceaux spino-hypothalamique et spino-para-brachio-hypothalamique.

2.4.5. CORTEX SOMESTHESIQUE PRIMAIRE ET SECONDAIRE

- Rôle important dans l'aspect :
  - **Sensoriel**
  - **Discriminatif** de la douleur
- Reçoivent des afférences du noyau ventro-postéro-latéral du thalamus.

2.4.6. SYSTEME LIMBIQUE

- Rôle important dans l'aspect :
  - **Affectif**
  - **Emotionnel** de la douleur
- *Pathologie :* en cas de lésion du **cortex cingulaire** on observe une **asymbolie de la douleur :** le patient ressent la douleur mais n'y associe pas son caractère nuisible/dangereux

2.5. SYSTEMES DE CONTROLE

2.5.1. LES PRINCIPAUX MECANISME DE CONTROLE DE LA DOULEUR

- Contrôle **neurochimique de la corne postérieure :** système **opioïde**
- Contrôle **médullaire : gate control**
- Contrôle **supra-médullaire :**
  - Systèmes descendants cérébro-médullaires :
    - Faisceau bulbo-spinal à médiation **sérotoninergique**
    - Système descendant à médiation **noradrénergique**
  - Contrôles inhibiteurs diffus induits par la nociception (CIDN)
  - Contrôles intrathalamiques
  - Contrôles activateurs supra-spinaux

2.5.2. GATE CONTROL

- « Gate control » ou **« théorie de la porte »**
- Les **fibres Aα et Aβ** :
  - Concernent la **sensation tactile et proprioceptive**
  - **Exercent sur les voies de la douleur un effet inhibiteur** par le biais d'un interneurone
- Les **messages nociceptifs provenant des fibres Aδ et C peuvent donc être bloqués** par une action inhibitrice des fibres de la sensibilité tactile.
- *Thérapeutique :* la **physiothérapie** est basée sur la stimulation du gate control

2.5.3. SYSTEMES INHIBITEURS DESCENDANTS CEREBRO- MEDULLAIRES

- **Faisceau bulbo-spinal à médiation sérotoninergique**
  - Son **origine** se situe au niveau de la **substance grise péri-aqueducale** et de la **médulla rostro-ventrale**
- Système descendant à médiation **noradrénergique**
- Il vont **inhiber la transmission du message douloureux** au niveau de la **substance gélatineuse** de la **corne postérieure** (avec la participation du **système opioïde endogène**)

2.5.4. CIDN (CONTROLES INHIBITEURS DIFFUS INDUITS PAR DES STIMULATIONS NOCICEPTIVES)

- Le CIDN est une **boucle spino-bulbo-spinale**
- Ce n'est donc **pas un processus cognitif**
- **Mécanisme** :
  - Inhibition des **neurones nociceptifs non spécifiques (« à convergence ») par des stimulations nociceptives appliquées sur n'importe quelle partie du corps distincte du champ périphérique de ces neurones**
  - Principe de **contre-irritation** : une douleur forte peut masquer d'autres douleurs

2.5.5. SYSTEME OPIOIDE

Il existe des récepteurs aux opiacés :

- Dans le système nerveux central mais également en dehors
- **Sensibles** :
  - **A la morphine**
  - **Aux endomorphines : substances endogènes analogues** (enképhalines, endorphines, dynorphines)
- Il existe **3 types de récepteurs morphiniques : μ, δ, et κ**

Mécanisme :

- Les **endomorphines dépriment fortement les réponses dues à l'activation des fibres C et Aδ**

Application thérapeutique :

- Les **morphiniques** utilisés en clinique **agissent sur ces divers récepteurs.**
- Leur **action** est :
  - **Agoniste**
  - **Agoniste partiel**
  - **Antagoniste**
  - **Agoniste-antagoniste** (agoniste pour un récepteur et antagonistes pour les autres)

Interaction avec le faisceau bulbo-spinal à médiation sérotoninergique :

- Le faisceau bulbo-spinal va inhiber la transmission du message douloureux au niveau de la substance gélatineuse de la corne postérieure avec la participation du système opioïde endogène.

2.6. SENSIBILISATION CENTRALE ET DOULEUR CHRONIQUE

2.6.1. MECANISME

- En cas de douleur prolongée, les mécanismes physiologiques de la douleur se voient modifiés par sensibilisation périphérique et centrale.

2.6.2. REFLEXE D'AXONE

- Le réflexe d'axone correspond à la **sécrétion périphérique de substance P par les fibres C lorsqu'elles sont stimulées**. Cela abaisse le seuil de réponse des nocicepteurs, ayant donc un rôle important dans la chronicisation de la douleur, et entraine une extension de la zone douloureuse.





2.6.3. RECEPTEUR NMDA

- Lorsque la substance P se lie à son récepteur NK1, le neurone se dépolarise. Cela permet indirectement l'activation des **récepteurs-canaux NMDA** par le **Glutamate**, sensibilisant alors le neurone.
- Application thérapeutique : la kétamine, antagoniste du récepteur NMDA, peut être utilisée en cas de douleur chronique résistante.

2.6.4. NEUROTROPHINES

- Les facteurs de croissance nerveux dont font partie le **Nerve Growth Factor (NGF)** et le **Brain Derived Growth Factor (BDNF)** ont un rôle important dans la plasticité du système nerveux nociceptif.
- Le **NGF** est sécrété par les **kératinocytes** du foyer inflammatoire et se fixe au récepteur **TrkA** (à activité tyrosine-kinase) de la terminaison périphérique du protoneurone. Après homo-dimérisation (TrkA-TrkA), le complexe NGF/TrkA est **internalisé** et transporté jusqu'au corps cellulaire où il stimule la synthèse de **substance P**, de **CGRP** (Calcitonin Gene-Related Peptide), de **récepteurs aux substances algogènes…**
- *Application thérapeutique :* des anticorps monoclonaux anti-NGF sont en cours de développement (tanézumab, fulranumab).
- Le **BDNF** est sécrété par le **protoneurone** au niveau de sa **terminaison centrale**, et pourrait augmenter l'excitabilité des deutoneurones.

ITEM 131

3. PRINCIPES D'ANALYSE D'UNE DOULEUR

3.1. EXAMEN CLINIQUE

3.1.1. INTERROGATOIRE

Antécédents

- Antécédents médicaux et **psychiatriques**
- **Contexte familial et psycho-social**
  - Situation familiale, sociale
  - **Situation professionnelle, indemnisation, ITT…**

Caractéristiques de la douleur

- **Ancienneté de la douleur :** douleur aiguë/chronique
- **Mode d'apparition** :
  - Circonstances exactes
  - Caractéristiques de la douleur initiale
  - Modalités de prise en charge immédiate
- **Profil évolutif** : intermittent, continue, récurrent
- **Caractéristiques de la douleur actuelle** :
  - Localisation précise, irradiations
  - Type de douleur ressentie : brûlure, décharge…
  - Horaire : rythme mécanique ou inflammatoire
  - Facteurs aggravants, facteurs déclenchant
  - Positions antalgiques
  - Périodicité : continue, paroxystique
- **Intensité :** l'auto-évaluation sera toujours privilégiée sur l'hétéro évaluation

- **Signes associés**
- **Traitements effectués** : échecs/efficacité
  - Antalgiques classiques
  - Mode d'administration, posologies, durée
  - Effets bénéfiques, effets indésirables

Complications

- Retentissement
  - Troubles du sommeil, de l'appétit
  - Symptômes anxieux, dépression
  - **Retentissement socio-professionnel**

3.1.2. EXAMEN PHYSIQUE

- **Bilan étiologique :**
  - Examen clinique complet
  - Examen neurologique
  - Topographie de la douleur, à la recherche d'une atteinte systématisée d'un territoire neurologique
- **Signes de gravité : attitude générale du patient, position antalgique, limitation des mouvements, retentissement…**
- **Prescrire des examens complémentaires :**
  - Dans un but étiologique
  - Dans un but pré-thérapeutique

3.2. PRINCIPES D'ANALYSE D'UNE DOULEUR

3.2.1. TYPE DE DOULEUR

- Ancienneté : aiguë ou chronique **(cf partie D1 ci-après)**
- Etiologies : nociceptive, neuropathique, mixte, psychogène **(cf partie D2 ci après)**

3.2.2. EVALUATION DE LA DOULEUR

- **Intensité : auto-évaluation ou hétéro-évaluation** (cf partie E2, E3, E4)
- **Topographie** (cf partie E5 ci-après)
- **Retentissement comportemental** (cf partie F ci-après)

ITEM 131

4. RECONNAITRE LE TYPE DE DOULEUR

4.1. DISTINGUER DOULEUR AIGUË ET CHRONIQUE

TYPE	DOULEUR AIGUË	DOULEUR CHRONIQUE
DEFINITION	**< 3 mois**	**≥ 3 mois** (à 6 mois)
ETIOLOGIE	• **Mono**factoriel.	• **Pluri**factorielle. • **Incertaine**



SEMIOLOGIE	• Douleur **isolée** • Douleur-**symptôme** • **Réaction végétative** : – Tachycardie – Polypnée – Mydriase – Sueurs	• **« Syndrome Douloureux Chronique »** • **Absence de diagnostic** clairement défini • **Manifestations** : – **Physiques** – **Psychologiques** – **Comportementales** – **Sociales** • **Toxicomanie aux antalgiques** • Existence de **facteurs de renforcement**
RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE	• **Anxiété**	• **Dépression** : – Perte de l'appétit – Troubles du sommeil – Irritabilité – Repli sur soi – Diminution de la tolérance à la douleur
TRAITEMENT	• **Curatif = étiologique** • **Symptomatique = antalgique**	• **Curatif = étiologique** • **Pluridimensionnel somato-psycho-social** : – **Somato** = traitement symptomatique par **antalgique** – **Psycho = anxiolytiques, antidépresseurs, psychothérapie** – **Social = ré-adaptatif, reclassement professionnel**
OBJECTIF	• **Disparition complète** de la douleur	• **Disparition complète** de la douleur • **Disparition des manifestations** : – **Physiques** – **Psychologiques** – **Comportementales** – **Sociales**
EVOLUTION	• Douleur **transitoire**	• Douleur **permanente, récurrente ou répétitive.** • **Auto-entretien** par les différents composants de la douleur
FINALITE	• Signe d'alarme **utile** • Le plus souvent **protectrice** • Oriente le diagnostic • **Symptôme**	• **Inutile** • **Pas** de valeur **protectrice** • **Détruit** : – Physiquement – Psychologiquement – Socialement

4.2. RECONNAITRE L'ETIOLOGIE (ANAES)

4.2.1. ETIOLOGIES ET PHYSIOPATHOLOGIE

Organique :

- Douleur **nociceptive** : excès de stimulations **nociceptives**
- Douleur **neuropathique** : origine **nerveuse**
- Douleur **mixte**

- **Syndromes douloureux chroniques dysfonctionels** : complexe, mixte, sympathique...
  - Fibromyalgie
  - Syndromes myofasciaux douloureux spécifiques
  - Syndrome douloureux régional complexe ou algodystrophie

Psychogène : psychique
Idiopathique : diagnostic **d'élimination**

4.2.2. ACCES DOULOUREUX PAROXYSTIQUE

- Les accès douloureux paroxystiques surviennent sur une **douleur chronique bien contrôlée**, le plus souvent cancéreuse.
- Ce sont des exacerbations **transitoires**, spontanées et de **courte durée** (habituellement moins de 30 min) de la douleur, sans lien avec la posologie ni le rythme d'administration du traitement de fond.

CARACTE-RISTIQUES	DOULEUR NOCICEPTIVE	DOULEUR NEUROGENE
PREVALENCE	• **25%** en population générale	• **7%** en population générale
PHYSIO PATHOLOGIE	• Stimulation des **nocicepteurs**	• **Lésion nerveuse** périphérique/centrale
SEMIOLOGIE	• **Rythme mécanique** • Rythme **inflammatoire**	• **Composante continue** : – Brûlure – Froid douloureux • **Composante fulgurante, paroxystique, intermittente** : – Décharges électriques • **Dysesthésies** : – Fourmillements – Picotements – Engourdissement
TOPOGRAPHIE	• **Sans topographie neurologique systématisée** • Topographie **locale** ou **régionale**	• Topographie compatible avec un **territoire neurologique systématisé** • Compatible avec une origine neurologique **périphérique :** – **Plexus** – **Tronc** – **Racine** • Compatible avec une origine neurologique **centrale :** – **Douleur hémicorporelle**
EXAMEN NEUROLOGIQUE	• **Normal**	• Signes **négatifs, d'hyposensibilité** : hypoesthésie, anesthésie • Signes **positifs, d'hypersensibilité** : – **Allodynies** : douleur provoquée par une stimulation **non douloureuse** – **Hyperalgésie :** douleur **anormalement intense** suite à un stimulus douloureux • **Territoire neurologique systématisé**
SENSIBILITE AUX THERAPEUTIQUES	• Analgésiques « classiques »	• Anti-convulsivants • Et/ou antidépresseurs

4.2.3. QUESTIONNAIRE DN4 (HAS 207)

Ce questionnaire permet de diagnostiquer les douleurs neuropathiques (avec une sensibilité de 90% et une spécificité de 83%).

Le diagnostic de la douleur neuropathique est posé à partir d'un score de **4/10**.

Interrogatoire du patient (pour information)

- **Question 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?**
  - 1. Brûlure
  - 2. Sensation de froid douloureux
  - 3. Décharges électriques
- **Question 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?**
  - 4. Fourmillements
  - 5. Picotements
  - 6. Engourdissement
  - 7. Démangeaisons

Examen du patient

- **Question 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?**
  - 8. Hypoesthésie du tact
  - 9. Hypoesthésie à la piqûre
- **Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par** :
  - 10. Le frottement

4.2.4. SYNDROME DOULOUREUX COMPLEXE, SYNDROME DYSFONCTIONNEL (Selon IASP)

Fibromyalgie

- Prédomine chez les **femmes** (sex ratio = 7/1)
- **Critères ACR 1990 : Douleur spontannée diffuse depuis plus de 3 mois des muscles** associée à une **allodynie à au moins 11 points douloureux sur 18 sites définis.**
- **S'affranchissant des « points douloureux »** (qui s'avéraient dépendant du niveau de stress), le **questionnaire FiRST** permet le **diagnostic** de fibromyalgie
  - Il permet aussi la classification de sa sévérité, en fonction de la présence ou non de **troubles cognitifs**, de **fatigue** ou de **sommeil non réparateur**
- La douleur est un symptôme constant, en général **sévère**.
- Elle touche les hémicorps gauche et droit, les parties au-dessous et au-dessus de la taille, et est à prédominance axiale.
- Il est nécessaire de limiter les explorations paracliniques, tout en réalisant un bilan contenant au minimum :
  - NFS, CRP
  - Vitamine D et bilan phospho-calcique
  - TSH
  - Bilan hépatique
  - Ionogramme sanguin
- Le traitement médicamenteux de première intention réside dans les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (**IRSNa**) : **Duloxétine** et **Milnacipran**

Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC)

- (cf chapitre correspondant)

4.2.5. DOULEUR PSYCHOGENE

- [Notions plus développées dans l'item 70 « troubles somatoformes à tous les âges » en Psychiatrie]
- Les **troubles somatoformes** sont des plaintes physiques **sans anomalie lésionnelle**, reliée en fait à un **trouble psychiatrique.** Ils regroupent :
  - Le **trouble somatisation** dont les plaintes touchent plusieurs domaines corporels (cardio-vasculaire, cutané,...),
  - Le **trouble conversif** dont les symptômes sont d'allure **neurologique**
  - Les **troubles douloureux** aigus (<6 mois) ou chronique (>6 mois)
  - L'hypochondrie,
  - La dysmorphophobie.
- L'origine psychogène de la douleur est **toujours difficile à reconnaître** et nécessite une attention particulière à la rechercher.
- Il est important de réaliser **précocement** le diagnostic d'une pathologie psychiatrique à l'origine de la douleur chronique.

4.2.6. DOULEUR IDIOPATHIQUE

- **Quand le clinicien ne retrouve pas de lésion organique ou de cause psychogène, la douleur peut être définie comme idiopathique.**
- Leurs **mécanismes sont actuellement inconnus**.
- On regroupe également ici les **plaintes inclassables ailleurs**.
- **Toutefois,** comme on l'a vu au chapitre précédent, « en l'absence d'arguments en faveur d'une cause psychologique, le diagnostic doit rester provisoire et **on doit poursuivre les explorations somatiques et psychologiques »**

ITEM 131

5. EVALUER LA DOULEUR (ECHELLES D'EVALUATION)

5.1. PRINCIPES GENERAUX DES ECHELLES

5.1.1. METHODE

- **Quantitative** (intensité de la douleur)
- **Qualitative** (retentissement de la douleur)
- **Multi-dimensionnelle**

5.1.2. EVALUATION

Auto-évaluation :

- Le **patient évalue lui-même** sa douleur
- Ex : **EVA, EVS, EN**

Hétéro-évaluation :

- La douleur n'est **pas évaluée par le patient mais par le soignant**
- Intéressant **lorsque le patient a des difficultés de communication** : âge, troubles cognitifs...
- Ex : **ECPA**, **Doloplus**, échelle de **Bourrhis**
- **Chez l'adolescent ou l'adulte polyhandicapé,** on peut utiliser l'**EDAAP** (Evaluation de l'expression de la Douleur chez l'Adolescent ou l'Adulte Polyhandicapé)





ECHELLES D'EVALUATION DE LA DOULEUR

TYPE D'ECHELLES	CARACTERISTIQUES	EXEMPLES D'ECHELLES
INTENSITE DE LA DOULEUR	Quantitative Uni-dimensionnelle Auto-évaluation	• EVS = Echelle Verbale Simple • EVA = Echelle Visuelle Analogique • Echelle Numérique
MULTI-DIMENSIONNELLE	Multi-dimensionnelle	• Questionnaire de Douleur de Saint Antoine (QDSA) • Hospital Anxiety and Depression Scale (HADs) • Questionnaire Concis de la Douleur
COMPORTEMENTALE	Qualitative Hétéro-évaluation	• ECPA = Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée • Echelle Doloplus-2 ou Algoplus • Echelle comportementale de Bourrhis
PSYCHOLOGIQUE	Qualitative	• BDI = Beck Depression Inventory • HAD = Hospital Anxiety and Depression scale.
TOPOGRAPHIE	Qualitative Schématique	• Schéma des zones douloureuses • Répartition des dermatomes

5.2. INTENSITE DE LA DOULEUR

5.2.1. EVS (Echelle Verbale Simple)

- Le patient quantifie **sa douleur** subjectivement
- Le soignant quantifie de 0 à 3 **(selon le tableau)**
- Méthode **se révélant** la plus facile

NON	**Pas** de douleur	**0**
UN PEU	Douleur **modérée**	**1**
BEAUCOUP	Douleur **importante**	**2**
ENORMEMENT	Douleur **très intense**	**3**

5.2.2. ECHELLE NUMERIQUE

- Le patient côte sa douleur **de 1 à 10**

5.2.3. EVA (Echelle Visuelle Analogique)

- **Il existe** deux faces :
  - **Celle vue par** le **patient** (non chiffrée)
  - **Celle vue par** le **soignant** (chiffrée)

ECHELLE EVA

pas de douleur

douleur maximale imaginable

Face EVA vue par le patient

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

Face EVA vue par le soignant

5.3. ECHELLE MULTI-DIMENSIONNELLE

5.3.1. PARAMETRES EVALUES

Comme son nom l'indique, elle prend en compte l'ensemble des dimensions de la douleur :

- Intensité de la douleur
- Composantes sensorielles
- Composantes psychologiques
- Retentissement global
- …

5.3.2. QDSA

- **Questionnaire de Douleur de Saint Antoine**
- Echelle d'**auto-évaluation**
- C'est l'adaptation française du Mac Gill Pain Questionnary (MPQ)
- **Le patient cote chacun des qualificatifs de la douleur de 0 à 4**

5.3.3. HADS

- **Hospital Anxiety and Depression Scale**

5.3.4. QCD

- **Questionnaire Concis de la Douleur**
- Echelle de retentissement de la douleur sur le comportement quotidien

5.4. ECHELLE COMPORTEMENTALE

5.4.1. CARACTERISTIQUES

- Echelle d'**hétéro-évaluation**
- **Principales échelles utilisées :**
  - **ECPA** = Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée
  - Echelle **Doloplus-2** : utilisée chez les sujets agés ayant des troubles de communication ou des troubles cognitifs
  - Echelle comportementale de **Bourrhis**

5.4.2. PARAMETRES EVALUES

Observation analysant :

- La manière dont la plainte est formulée
- Les termes utilisés



- Le faciès plus ou moins crispé
- Les postures parfois antalgiques
- Les déplacements
- L'habillage
- Les gestes de la vie quotidienne

5.5. « ECHELLE » TOPOGRAPHIQUE (ANAES)

CARACTERISTIQUES

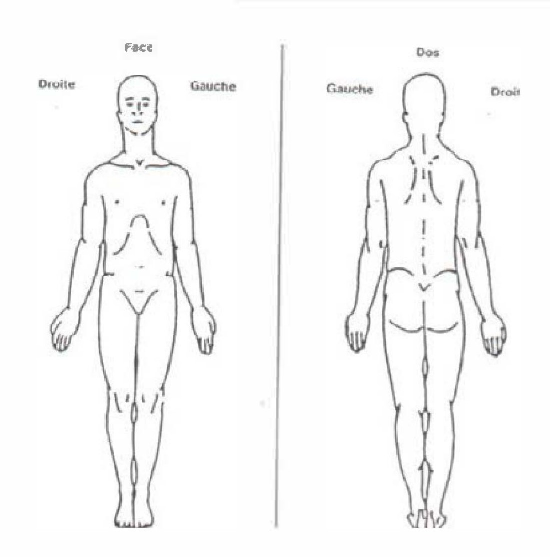
But :

- Mieux préciser la topographie des douleurs
- Mieux préciser le type de douleurs en fonction de leur localisation

Méthodes :

- Schéma des zones douloureuses
- Répartition des dermatomes

SCHEMA DES ZONES DOULOUREUSES



Le patient inscrit :

« S »	Pour une douleur près de la surface de votre corps
« P »	Pour une douleur plus profonde dans le corps
« I »	A l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense

ITEM 131

6. PERCEPTION ET COMPORTEMENT VIS-A-VIS DE LA DOULEUR (ANAES)

6.1. GENERALITES

6.1.1. MECANISMES INITIATEURS DE LA DOULEUR

- **Quel que soit son mécanisme initiateur**, **la douleur** proprement dite **constitue** dans tous les cas une **expérience subjective,** un **phénomène neuropsychologique** central.
- La **classique dichotomie somatique/psychologique concerne donc le mécanisme générateur (l'étiologie) mais non le phénomène** douleur lui-même

6.1.2. PHENOMENE DOULEUR

- Il s'agit d'un **phénomène complexe**
- On distingue **quatre composantes interactives dans la perception de la douleur** :
  - **Sensori-discriminative**
  - **Affective et émotionnelle**
  - **Cognitive**
  - **Comportementale**

6.1.3. FACTEURS INFLUENCANTS

- L'ensemble de ces dimensions est lui-même sous **l'influence de facteurs passés ou présents** :
  - **Environnementaux**
  - **Professionnels**
  - **Familiaux**
  - **Sociaux**
  - **Culturels**
- Un autre facteur peut jouer un rôle important : il s'agit de la **durée de la douleur** en fonction de laquelle on oppose la douleur aiguë à la douleur chronique

6.2. COMPOSANTE SENSORI-DISCRIMINATIVE

6.2.1. DEFINITION

- La composante sensori-discriminative correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de :
  - La qualité (brûlure, décharges électriques, torsion...)
  - La durée (brève, continue...)
  - L'intensité
  - La localisation des messages nociceptifs

6.2.2. UNE COMPOSANTE SENSORI- DISCRIMINATIVE IMPARFAITE

- En comparaison avec d'autres systèmes sensoriels, les **performances du décodage des messages nociceptifs ne sont pas parfaites.**
- On sait que **la douleur peut manquer dans de nombreux cas** ou n'apparaître qu'**à un stade trop avancé**, dans le cancer par exemple.
- On connaît la **localisation imprécise** des **douleurs profondes**, en particulier **viscérales**, et le phénomène de douleur **projetée**.

6.2.3. UN ELEMENT CLE A PRENDRE EN COMPTE PAR LE CLINICIEN

- Pour le clinicien, **l'écoute attentive de la description de la sensation douloureuse** est une **étape indispensable de l'évaluation de tout malade.**
- Lorsque ces éléments de base manquent, il peut être impossible de décider d'une **stratégie appropriée** pour un malade, même si l'on connaît par ailleurs le diagnostic somatique.

6.3. COMPOSANTE AFFECTIVO-EMOTIONNELLE

6.3.1. PERCEPTION DE LA DOULEUR

- Si la **douleur** occupe une place particulière parmi les perceptions, c'est du fait de **sa composante affective** particulière qui fait partie intégrante de l'expérience douloureuse et **lui confère sa tonalité désagréable, agressive, pénible, difficilement supportable**.
- Si la **douleur intense** impose un traitement symptomatique, c'est à cause de ce retentissement sur l'individu.
- Elle est **déterminée**, non seulement **par la cause** de la douleur elle-même, **mais également par son contexte**.





6.3.2. EVOLUTION DE LA DOULEUR

- Cette **composante affective peut se prolonger vers des états émotionnels voisins** comme l'**anxiété** ou la **dépression.**
- Cette proximité explique une **règle d'approche de tout malade douloureux** qui est d'**évaluer systématiquement les niveaux d'anxiété et de dépression**.

6.4. COMPOSANTE COGNITIVE

6.4.1. DEFINITION

- Le terme cognitif désigne un **ensemble de processus mentaux susceptibles d'influencer une perception** (ici la douleur) **et les réactions comportementales qu'elle détermine :**
  - Processus **d'attention et de diversion** de l'attention
  - **Interprétations et valeurs** attribuées à la douleur
  - **Anticipations**
  - **Références à des expériences douloureuses** antérieures personnelles ou observées
  - **Décisions** sur le comportement à adopter

6.4.2. INFLUENCE SUR LA DOULEUR

- On connaît **l'influence de la signification accordée à la maladie sur le niveau d'une douleur.**
- En étudiant comparativement deux groupes de blessés, militaires et civils, qui présentaient des lésions en apparence identiques, les militaires réclamaient moins d'analgésiques
- L'explication de cette différence serait que, dans les deux groupes, le traumatisme et son contexte revêtent des significations tout à fait différentes : comparativement positives pour les militaires (vie sauve, fin des risques du combat, bonne considération du milieu social, etc.), comparativement négatives pour les civils (perte d'emploi, pertes financières, désinsertion sociale, etc.).

6.5. COMPOSANTE COMPORTEMENTALE

6.5.1. DEFINITION

- La composante comportementale englobe l'**ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre** (plaintes, mimiques, postures antalgiques, impossibilité de maintenir un comportement normal, etc.).

6.5.2. INFLUENCE SUR LA DOULEUR

- Ces manifestations peuvent apparaître comme réactionnelles à une douleur perçue.
- Elles constituent des **indices reflétant l'importance du problème de douleur.**
- Elles assurent aussi une **fonction de communication avec l'entourage.**
- **Les apprentissages antérieurs**, fonction de l'environnement familial et ethnoculturel, de standards sociaux liés à l'âge et même au sexe, **sont susceptibles de modifier la réaction** actuelle d'un individu.
- Les **réactions de l'entourage peuvent interférer** avec le comportement du malade douloureux et contribuer à son entretien.

ITEM 131

7. CONSEQUENCES SYSTEMIQUES D'UNE DOULEUR NON TRAITEE

7.1. NEURO-PSYCHIATRIQUE

- Une douleur non traitée peut engendrer une **anxiété** importante, une **perturbation des processus cognitifs** (troubles de concentration et d'attention,…) et parfois même un **épisode dépressif caractérisé.**

7.2. METABOLIQUE

- En diminuant les sécrétions de testostérone et d'insuline, et en **augmentant** celles des **catécholamines**, du **glucagon** et du **cortisol**, la douleur entraine un **hyper-catabolisme** et une **hyperglycémie**.

7.3. CARDIOVASCULAIRE

- Les variations hormonales, les lésions tissulaires ainsi que l'immobilisation du patient secondaires à la douleur favorisent la survenue d'une **maladie thrombo-embolique veineuse.**
- L'hyper-sécrétion de catécholamine engendre une **tachycardie**, une **hypertension artérielle**, et un abaissement du seuil de fibrillation. La consommation myocardique en oxygène (MVO2) étant alors majorée, on peut observer une **ischémie myocardique**.

7.4. REPIRATOIRE

- Une **hyperventilation alvéolaire** et une inhibition de la toux sont habituels.

8. DOULEUR CHEZ LE SUJET AGE

8.1. EPIDEMIOLOGIE

- La douleur du sujet âgé est **sous-estimée** et **sous-traitée.**
- Elle touche plus de 25% des sujets âgés à domicile et 45 à 80% des sujets institutionalisés.

8.2. PARTICULARITES PHYSIO-PATHOLOGIQUES

- La **tolérance** de la douleur est la même chez le sujet âgé que chez le sujet jeune. Cette douleur ne doit **pas** être considérée comme normale.
- La discrimination sensorielle étant diminuée chez le sujet âgé, la **topographie** douloureuse est plus **imprécise.**
- Les sujets **déments** ont une égale perception de la douleur.

8.3. QUELQUES PARTICULARITES CINIQUES

- **Ulcère gastro-duodénal** : une **anorexie** peut remplacer la forme douloureuse typique.
- **Péritonite** : on observe plutôt une **défense** abdominale qu'une contracture.
- **Infarctus du myocarde** : la **douleur** est **absente** dans 30% des cas.

8.4. PARTICULARITES PHARMACO-CINETIQUES

Absorption

- Le débit sanguin hépatique étant diminué, l'**effet de premier passage hépatique** est réduit. Ainsi, les opioïdes par voie orale peuvent présenter un risque de **surdosage**.

Distribution

- La masse maigre étant diminuée et la masse grasse augmentée, les **antalgiques liposolubles** comme le Fentanyl voient leur volume de distribution augmenter, et par là même leur **toxicité**.
- En cas d'hypoalbulminémie, la fraction libre (active) des médicaments fortement liés à l'albumine est augmentée.

Elimination

- L'excrétion rénale des antalgiques et de leurs métabolites est diminuée.

8.5. PARTICULARITES THERAPEUTIQUES

- En cas de douleur de faible intensité, **préférer le Paracétamol** aux AINS : ces derniers présentant un risque de survenue d'ulcère gastro-duodénal et d'insuffisance rénale aiguë important chez le sujet âgé.
- En cas de traitement par AINS, ne pas oublier d'associer un **Inhibiteur de la Pompe à Protons**.
- L'inhitiation d'un traitement opioïde doit se faire en **réduisant la dose initiale de moitié :** le risque de confusion et d'effet indésirable digestif est élevé, et l'excrétion rénale est diminuée.
- En raison de leurs effets anticholinergiques et de leur toxicité cardiaque, les **antidépresseurs tricycliques** doivent autant que possible être **évités**.

Conférences de consensus – Recommandations ITEM 131

Année	Source	Titre
1999	SFAP	Attitude pratique pour la prise en charge de la douleur postopératoire
1999	ANAES	Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire
2003	SOR	Evaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer
2007	HAS	Prise en charge diagnostique des neuropathies périphériques
2012	IASP	International Association for the Study of Pain
2012	ANAES	Douleurs : étiologies et caractéristiques
2014	HAS	Les médicaments des accès douloureux paroxystiques du cancer
2016	SFAR	Réactualisation recommandation sur la douleur postopératoire

Sujets tombés à l'ECN ITEM 131

Année	Contenu
2005	Gonarthrose Evaluation d'une douleur de type mécanique. Evaluation de son intensité, utilisation d'échelles d'évaluation
2007	Accès palustre / infarctus splénique Evaluer l'intensité de la douleur Traitement symptomatique d'une douleur intense.
2008	Erysipèle / Lombosciatique non compliqué Diagnostiquer une douleur neurogène Caractériser une douleur chronique à l'interrogatoire
2016	Patient de 74 ans, cancer métastatique. Introduction d'un traitement opioïde (dose, prévention de la constipation), antalgiques spécifiques des douleurs neuropathiques, refus de traitement par le patient et réaction du médecin, obstination déraisonable, personne de confiance, procédure collégiale, consultant, directives anticipées, prescriptions anticipées

Pour en savoir plus…

ITEM 131

ANNEXE 1

ECHELLE MULTIDIMENSIONNELLE : QDSA

A	Battements	H	Picotements
	Pulsations		Fourmillements
	Elancements		Démangeaisons
	En éclairs	I	Engourdissement
	Décharges électriques		Lourdeur
	Coups de marteau		Sourde
B	Rayonnante	J	Fatiguante
	Irradiante		Epuisement
C	Piqûre		Ereintante
	Coupure	K	Nauséeuse
	Pénétrante		Suffocante
	Transperçante		Syncopale
	Coups de poignard	L	Inquiétante
D	Pincement		Oppressante
	Serrement		Angoissante
	Compression	M	Harcelante
	Ecrasement		Obsédante
	En étau		Cruelle
	Broiement		Torturante
E	Tiraillement		Suppliciante
	Etirement	N	Gênante
	Distension		Désagréable
	Déchirure		Pénible
	Torsion		Insupportable
	Arrachement	O	Enervante
F	Chaleur		Exaspérante
	Brûlure		Horripilante
G	Froid	P	Déprimante
	Glacé		Suicidaire

CRITERES DU QDSA

0 = absent
1 = faible
2 = modéré
3 = fort
4 = extrêmement fort

ITEM 131

ANNEXE 2

ECHELLES COMPORTEMENTALES

ECPA
ECHELLE COMPORTEMENTALE D'EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

Observation 5 mn avant les soins	**Plaintes**	0-Le sujet ne se plaint pas spontanément 1-Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui 2-Le sujet se plaint en présence de quelqu'un 3-Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4-Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée
	Regard et mimique	0-Visage détendu 1-Visage soucieux 2-Le sujet grimace de temps en temps 3-Regard effrayé et/ou visage crispé 4-Expression complètement figée
	Position spontanée	0-Aucune position antalgique 1-Le sujet évite une position 2-Le sujet choisit une position antalgique 3-Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4-Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur
	Mouvements	0-Le sujet se mobilise comme d'habitude 1-Le sujet bouge comme d'habitude mais évite certains mouvements 2-Lenteur, rareté des mouvements 3-Immobilité 4-Prostration ou agitation
Observation pendant les soins	**Relation à autrui**	0-Présence d'un contact immédiat 1-Contact difficile à établir 2-Evite la relation 3-Absence de tout contact 4-Indifférence totale
	Anticipation anxieuse	0-Le sujet ne montre pas d'anxiété 1-Angoisse du regard, impression de peur 2-Sujet agité 3-Sujet agressif 4-Cris, soupirs, gémissements
	Mobilisation	0-Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 1-Le sujet à un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 2-Le sujet retient de la main le geste lors de la mobilisation ou des soins 3-Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4-Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins

	Soins des zones douloureuses	0-Aucune réaction pendant les soins 1-Réaction pendant les soins, sans plus 2-Réactions au toucher des zones douloureuses 3-Réactions à l'effleurement des zones douloureuses 4-L'approche des zones est impossible
	Plaintes pendant les soins	0-Le sujet ne se plaint pas 1-Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui 2-Le sujet se plaint en présence de quelqu'un 3-Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4-Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée

ECHELLE DOLOPLUS-2

RETENTISSEMENT SOMATIQUE		**/ 15**
Plaintes somatiques	Pas de plainte	0
	Plaintes uniquement à la sollicitation	1
	Plaintes spontanées occasionnelles	2
	Plaintes spontanées continues	3
Positions antalgiques au repos	Pas de position antalgique	0
	Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1
	Position antalgique permanente et efficace	2
	Position antalgique permanente et inefficace	3
Protection de zones douloureuses	Pas de protection	0
	Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1
	Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soin	2
	Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3
Mimique	Mimique habituelle	0
	Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1
	Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2
	Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3
Sommeil	Sommeil habituel	0
	Difficultés d'endormissement	1
	Réveils fréquents (agitation motrice)	2
	Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR		**/ 6**
Toilette et/ou habillage	Possibilités habituelles inchangées	0
	Possibilités habituelles peu diminuées	1
	Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2
	Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3

Mouvements	Possibilités habituelles inchangées	0
	Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1
	Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2
	Mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL		**/ 9**
Communication	Inchangée	0
	Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1
	Diminuée (la personne s'isole)	2
	Absence ou refus de toute communication	3
Vie sociale	Participation habituelle aux différentes activités	0
	Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1
	Refus partiel de participation aux différentes activités	2
	Refus de toute vie sociale	3
Troubles du comportement	Comportement habituel	0
	Troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1
	Troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2
	Troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3
	SCORE / 30 :	

Lexique :

Plaintes somatiques	Le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris-pleurs-gémissements.
Positions antalgiques	Position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.
Protection de zones douloureuses	Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.
Mimique	Le visage semble exprimer la douleur à travers les traits (grimaçants, tirés, atones) et le regard (fixe, absent ou larmes).
Sollicitation	Toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc...)
Toilette, habillage	Evaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.
Mouvements	Evaluation de la douleur dans le mouvement pour les changements de position, les transferts, la marche, seul ou avec aide.
Communication	Verbale ou non verbale.
Vie sociale	Repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc...
Troubles du comportement	Agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie, etc...

Résultat :

< 5/30	Pas de douleur
≥ 5/30	Douleur
↑	Plus le score est élevé et plus la douleur est importante
↓	Plus le score est bas et plus la douleur est faible

ECHELLE COMPORTEMENTALE DE BOURRHIS

ENVAHISSEMENT DU LANGAGE PAR LA PLAINTE.	
0	**Pas de plainte, même à l'interrogatoire.**
1	**Plainte uniquement à l'interrogatoire.**
2	**Plainte spontanée, peu fréquente, s'adressant uniquement à certaines personnes de l'entourage.**
3	**Envahissement partiel du langage par la plainte : le patient se plaint à tout le monde, mais est cependant capable de parler d'autre chose.**
4	**Envahissement complet du langage par la plainte.**

REDUCTION DES ACTIVITES SPONTANEES.	
0	**Activité normale, le sujet se rend au travail.**
1	**Activité extérieure partielle, le sujet abandonne certains travaux et distractions habituelles.**
2	**Activité d'intérieur seule.**
3	**Activité de chambre.**
4	**Confinement au lit, malade grabataire.**

DEMANDE QUOTIDIENNE D'ANALGESIQUES.	
0	**Demande nulle.**
1	**Demande inférieure ou égale à 3 fois/24 h d'antalgique per os.**
2	**Demande supérieure ou égale à 3 fois/24 h d'antalgique per os.**
3	**Demande inférieure ou égale à 3 fois/24 h d'antalgique injectable.**
4	**Demande supérieure ou égale à 3 fois/24 h d'antalgique injectable.**

Chapitre 10

UE 5
Item 132

THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES MEDICAMENTEUSES ET NON-MEDICAMENTEUSES

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- ***Argumenter la stratégie de prise en charge globale d'une douleur aiguë ou chronique chez l'adulte.***
- ***Connaître et prescrire les thérapeutiques antalgiques médicamenteuses et non médicamenteuses (voir item 326).***
- ***S'assurer de l'efficacité d'un traitement antalgique et l'adapter en fonction de l'évaluation.***

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- ***Analgésiques : règle des paliers 1, 2 et 3 de l'OMS***
- ***Morphiniques : titration, prévention des effets secondaires, surveillance***
- ***Co analgésiques : AINS, corticoïdes, biphosphonates…***
- ***Douleurs neurogènes : antidépresseurs tricycliques, antiépileptiques, neurostimulation transcutanée***
- ***Surveillance de la tolérance et de l'efficacité, réévaluation régulière (EVA) pour adaptation du traitement***
- ***Mesures non médicamenteuses***

Pour mieux comprendre

- Toute douleur nécessite un bilan analytique soigneux :
  - Ancienneté : aiguë ou chronique
  - Etiologie : nociceptive, neuropathique, mixte, psychogène
  - Intensité : auto-évaluation ou hétéro-évaluation
  - Topographie
  - Retentissement comportemental
- Une fois la douleur caractérisée, les traitements antalgiques peuvent être adaptés à la situation clinique : terrain, âge, état général, antécédents du patient, ainsi que les effets indésirables potentiels du traitement
- Les analgésiques de palier 1, 2 ou 3 seront classiquement efficaces sur les douleurs nociceptives. A l'inverse, les douleurs neurogènes seront plutôt traitées par les antidépresseurs tricycliques, les antiépileptiques, la neurostimulation transcutanée,...

Plan du chapitre :

ITEM 132

1. GENERALITES

1.1. PRINCIPES DE PRESCRIPTION

1.1.1. LES 5 PRINCIPES OMS

- Par la **voie la moins invasive**
- **A intervalles réguliers**
- Selon une **échelle d'intensité de la douleur**
- De façon **adaptée** aux besoins individuels
- Avec un constant souci du détail

1.1.2. PRINCIPES GENERAUX

- Choisir un traitement **adapté au mécanisme de la douleur** : toute douleur n'est pas sensible aux antalgiques habituels (y compris la morphine).
- **Adapter la puissance** de l'antalgique à l'intensité de la douleur.
- Administrer l'antalgique **à horaires fixes** et non pas à la demande.
- Adapter une **posologie suffisante** pour avoir un effet réel.
- **Adapter la voie d'administration** à l'état du malade.
- **Personnaliser** la prescription.
- **Respecter les contre-indications** pour éviter les incidents.
- **Prévenir les effets secondaires** pour éviter le rejet du traitement.
- Ne pas utiliser un placebo mais un antalgique vrai.
- **Ne pas associer deux antalgiques de même palier de puissance**.
- **Expliquer** le traitement et ses effets indésirables éventuels au malade et à son entourage.
- Ne pas oublier de **traiter la cause** des douleurs quand cela s'avère possible.
- **Réévaluer** régulièrement l'efficacité et les effets secondaires.

1.1.3. ANALGESIE PAR VOIE GENERALE : SFAR 2010

- Il faut traiter les **douleurs faibles à modérées** par des **antalgiques de palier I ou II**, utilisés **seuls ou en association** avec d'autres thérapeutiques
- Les experts recommandent l'utilisation du **MEOPA** en **traumatologie légère** et pour les **douleurs induites par les soins**
- Pour **les douleurs intenses (EVA ≥ 60 mm ou EN ≥ 6)**, il faut recourir d'emblée aux **morphiniques intraveineux en titration, seuls ou en analgésie multimodale**





1.2. TYPE DE MESURES ANTALGIQUES

1.2.1. TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

Médicamenteux

- Douleur **nociceptive** : Antalgique **palier I, II, III OMS**
- Douleur **neurologique** :
  - **Antidépresseurs tricycliques**
  - **Neuroleptiques**
  - **Anticonvulsivants**
  - (Neurostimulation)
- Mesures **co-analgésiques** :
  - **Myorelaxants**
  - **Antispasmodiques**
  - **Biphosphonates**
  - **Corticoïdes**
  - **Anesthésiques**
  - **Hormonothérapie**
  - Chimiothérapie
- **Radiothérapie** (exemple : métastases osseuses)

Non médicamenteux

- **Kinésithérapie** :
  - Passive (massage...)
  - Physiothérapie (cryothérapie, thermothérapie, électrothérapie...)
- **Psychothérapie** :
  - De soutien
  - Comportementale (hypnose, relaxation, biofeedback...)
- **Chirurgie** :
  - Neurostimulation chirurgicale
  - Dérivation chirurgicale (urinaire, digestive...)
  - Endoprothèse
  - Symphyse pleurale
  - Cimentoplastie
- **Acupuncture**
- **Appareillage** (contention, orthèse...)

1.2.2. TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

Spécifique de la pathologie

MESURES ANTALGIQUES

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR → TRAITEMENT ETIOLOGIQUE ; TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE → MEDICAMENTEUX ; NON MEDICAMENTEUX

MEDICAMENTEUX			NON MEDICAMENTEUX
Douleur nociceptive	**Douleur neurologique**	**Mesures co analgésiques**	
Antalgique palier OMS	Antidépresseurs tricycliques Neuroleptiques Anticonvulsivants (Neurostimulation)	Myorelaxants Antispasmodiques Biphosphonates Corticoïdes Anesthésiques Hormonothérapie Chimiothérapie	Kinésithérapie : • Passive (massage…) • Physiothérapie (cryothérapie, thermothérapie, électrothérapie…) Psychothérapie • De soutien • Comportementale (hypnose, relaxation, biofeedback…) Chirurgie Radiothérapie Acupuncture Appareillage (contention, orthèse…)

2. TRAITEMENT DES DOULEURS NOCICEPTIVES

2.1. ANTALGIQUE OMS

2.1.1. GENERALITES

- Les **paliers de l'OMS** mettent en lien intensité de la douleur et efficacité antalgique.
- Ils sont valables pour les **douleurs cancéreuses,**
- Et ne sont utilisés pour les douleurs non cancéreuses que par analogie : ils ne préjugent dans ce cas pas de l'efficacité (exemple : les AINS sont plus efficaces sur les douleurs dentaires que le Tramadol)

2.1.2. TYPE DE PALIER OMS

I (Périphérique)

Analgésiques non-morphiniques :

- Paracétamol
- Aspirine
- Autres anti-inflammatoires non-stéroïdiens (A.I.N.S.)
- Néfopam (Acupan®)

II (Central) (Opioïdes faibles)

Agonistes morphiniques faibles :

- Codéine
- Tramadol (Topalgic®)
- Opium associé au paracétamol (Lamaline®)

III (Central) (Opioïdes forts)

Agonistes morphiniques forts :

- Morphine (PO, SC, IV)
- Fentanyl transdermique (Durogésic®) ou transmuqueux
- Oxycodone
- Hydromorphone (Sophidone®)

Agoniste partiel :

- Buprénorphine (Temgésic®)

Agonistes antagonistes :

- Nalbuphine (Nalbuphine®)
- Pentazocine (Fortal®)

2.1.3. REGLES D'UTILISATION

Institution du traitement :

Douleur **faible à modérée**	Palier **1**
Douleur **modérée à intense**	Palier **2**
Douleur **intense à très intense**	Palier **3**

Règles d'utilisation :

- **Réévaluer** régulièrement
- Escalade **progressive dans les paliers**
- Escalade **progressive dans les doses**
- **Ne pas associer deux antalgiques de même palier de puissance**.

2.1.4. ANTALGIQUE ET GROSSESSE

Palier 1	**Paracétamol**
Palier 2	Préférer le **dextropropoxyphène** à la codéine
Palier 3	**Morphine** (N. B. : il faudra penser au sevrage du nourrisson)

CONTRE-INDICATION FORMELLE DE TOUS LES AINS A PARTIR DU 6ème MOIS DE GROSSESSE (RAPPEL DE L'AFSSAPS),

- **Cas particulier de l'aspirine :** autorisée à dose **anti-aggrégante** (ex : prévention de la pré-éclampsie)

Plusieurs cas de **toxicité fœtale et/ou grave** après prise d'AINS en fin de grossesse ont été rapportés :

- **Fermeture prématurée du canal artériel**, pouvant entrainer une mort fœtale in utero, une insuffisance cardiaque droite et/ou une hypertension artérielle pulmonaire (potentiellement mortelles chez le nouveau-né).
- **Insuffisance rénale** fœtale et/ou néonatales
- **Hémorragies néonatales**

CONTRE-INDICATION FORMELLE DES COXIBS PENDANT TOUTE LA DUREE DE LA GROSSESSE

2.1.5. CLASSIFICATION DES OPIOIDES

	AGONISTES PURS	AGONISTES PARTIELS	AGONISTES-ANTAGONISTES
MAJEURS	**Morphine** (PO, SC, IV) **Fentanyl** (Durogésic®) **Oxycodone** **Hydromorphone** (Sophidone®) **Méthadone**	**Buprénorphine** (Temgésic®)	**Nalbuphine** (Nalbuphine®) **Pentazocine**
MINEURS	**Efferalgan codéiné®** **Tramadol** (Topalgic®)	-	-

2.1.6. RETRAIT DU MARCHE DE L'ASSOCIATION DEXTROPROPOXYPHENE /PARACETAMOL

- L'association Dextropropoxyphène / paracétamol (Diantalvic®), médicament antalgique de niveau II, a été retiré du marché par le nombre important de décès retrouvé dans certains pays.
- Depuis juin 2009, l'AFSSAPS recommande aux professionnels de santé de ne plus prescrire de médicaments contenant du DXP à de nouveaux patients

Posologies (à connaître : au programme de l'iECN):

DCI	Posologies adulte	Posologies enfant	Age minimal
Paracétamol	**Doliprane®** **1 g x 4/j**	**Doliprane®** **60 mg/kg/j** en 4 prises	**Naissance**
Paracétamol IV	**Perfalgan®** **1 g x 4/j**	Perfalgan® 60 mg/kg/j en 4 prises	Naissance
Aspirine	Aspégic® 1 g x 4/j	Aspégic® 50 mg/kg/j	Naissance
Ibuprofène PO	Advil®, Nureflex® 30 mg/kg/j	**Advil®**, Nureflex® **30 mg/kg/j** (7,5mg/kg/6h ou 10mg/kg/8h)	**3 mois**
Néfopam IM, IV	**Acupan®** 20mg x 6 par jour Max : 120 mg	-	**15 ans**
Codéine	**Efferalgan codéiné®** **1 g x 4 /j** (contient du paracétamol)	**Codenfan®** **1 mg/kg x 4 à 6/j**	**12 ans**
Tramadol	Topalgic®	Topalgic® 400 mg/j max	3 ans (gouttes) 12 ans (cp LP)
Nalbuphine	Nalbuphine®	Nalbuphine® 0.2 mg/kg x 4 à 6/j	18 mois
Morphine PO	**Actiskenan®** **10 mg/4 h**	Sevredol® 0.2 mg/kg/4 heures	**6 mois** 6 ans (cp, PCA)
Morphine IV	Morphine	Morphine (PCA dès 6 ans) 0.025 mg/kg/5min 30 µg/kg/h en continu avec bolus si nécessaire	**Naissance**



FACTEURS DE CONVERSION EQUIVALENCE DE POSOLOGIES

CLASSE OMS + CARACTERISTIQUES PHYSICO-CHIMIQUES		DENOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE		COEFFICIENT DE CONVERSION	POSOLOGIE EQUIVALENTE A 60 MG DE MORPHINE PER OS
II OPIOIDES MINEURS	AGONISTES PURS	Codéine		1/6	360 mg
		Tramadol	PO	1/5	300 mg
			IV	3/10	200 mg
REFERENTIEL = MORPHINE PER OS				1	60 mg
III OPIOIDES MAJEURS	AGONISTES PURS	Morphine	PO	1	60 mg
			SC	2	30 mg
			IV	3	20 mg
		Oxycodone		2	30 mg
		Hydromorphone		7,5	8 mg
		Fentanyl		150	25 µg/h
	AGONISTES PARTIELS	Buprénorphine	Sub ling	30	2 mg
			IV	60	1mg
	AGONISTES-ANTAGONISTES	Nalbuphine		3	20mg

Les équivalences sont absolument indispensables à connaître dans le cadre de la morphine (cf cadre ci-dessus)

2.2. ANTALGIQUE PALIER I

2.2.1. TYPE D'ANTALGIQUES

Analgésiques non-morphiniques :

- Paracétamol
- Aspirine
- Autres anti-inflammatoires non-stéroïdiens (A. I. N. S.)
- Néfopam

2.2.2. PARACETAMOL

Contre-indications :

- Insuffisance **hépatocellulaire**
- Hypersensibilité connue

Effets secondaires :

- Réactions **allergiques**
- **Thrombopénie** (si surdosage)
- **Hépatite centro-lobulaire :**
  - Facteurs de risque : insuffisance hépatique, alcoolisme chronique, déficit en glutathion synthétase
  - Surdosage aigu : cytolyse hépatique, hypophosphorémie
  - **Dose toxique > 120mg/kg** chez l'adulte en une prise
  - **Antidote : N-acétylcystéine**

Posologie :

- 1g toutes les 4 à 6h quelle que soit la voie d'administration, maxi. 4g par jour
  - Insuffisant rénal sévère : 1/2 dose, prises toutes les 8h
  - Sujet âgé : 500mg-1g toutes les 4 à 6h, maxi 3g/jour

Noms commerciaux :

- Dafalgan®, Efferalgan®, Doliprane®, Paralyoc®, Perfalgan®...

2.2.3. ASPIRINE

Contre-indications :

- **Allergie** connue à l'aspirine ou aux salicylés
- **Asthme**
- **Insuffisance rénale** évolutive
- **Maladies hémorragiques** constitutionnelles ou acquises
- Risques **hémorragiques** (ex. UGD)
- Certaines viroses : risque de syndrome de Reye
- **Grossesse au 3ème trimestre**
- Association aux **AVK** ou au **méthotrexate.**

Effets secondaires :

- Réactions **allergiques**
- Troubles **digestifs** :
  - Gastralgies
  - Ulcérations gastriques
  - Hémorragie digestive
- Syndrome **hémorragique**
- Risque de surdosage aigu

Posologie :

- PO : 500 mg à 1 g/8 h ; mini. 4 h entre 2 prises ; maxi. 2 g/prise, 6 g/24 h.
- IV : 1 g IVL/6 ou 8 h ; maxi. 4 g/24 h.

Noms commerciaux :

- Aspégic®, Aspirine UPSA®...

2.2.4. AINS (autre que l'aspirine)

Mécanisme d'action

- **Inhibition irréversible** des Cyclo-Oxygénase (**COX**) 1 et 2, diminuant ainsi la transformation de l'acide arachidonique en prostaglandine, **thromboxane A2** et prostacycline.





Indications de choix
- Douleurs ostéo-articulaires et traumatiques
- Coliques néphrétiques
- Migraines
- Dysménorrhées primitives

Contre-indications :
- Allergie
- Antécédent récent ou ulcère gastro-duodénal évolutif
- Maladies hémorragiques
- Asthme à l'aspirine et/ou allergie croisée aux autres AINS (syndrome de Fernand-Vidal)
- Insuffisance rénale sévère <30mL/min (traitement possible 3-5 jours maximum si DFG entre 30 et 60 mL/min)
- Insuffisance hépatique ou cardiaque (sévères)
- Grossesse (3ème trimestre) et allaitement

Effets secondaires :
- Complications **digestives +++** :
  - Dyspepsie
  - **Ulcères gastro-duodénaux** (15 à 25%, risque diminué avec les coxibs) et leurs complications : perforation et saignement
    - Traitement préventif par IPP chez les sujets à risque (> 65 ans / antécédent d'UGD / association avec corticoïdes ou anticoagulant).
    - En cas de suspicion d'ulcère digestif sous AINS → endoscopie digestive haute : si ulcère, arrêt des AINS, traitement anti-ulcéreux et endoscopie de contrôle à 6 semaines ; si pas d'ulcère, poursuite des AINS et traitement protecteur.
  - Ulcération du grêle ou du côlon. Augmentation du risque de diverticulite, facteur aggravant de la maladie de Crohn.
- Complications **rénales** (inhibition des prostaglandines rénales) :
  - Hypoaldostéronisme secondaire à l'origine de : rétention hydrosodée, HTA et poussée hypertensive, hyperkaliémie
  - **Insuffisance rénale aiguë fonctionnelle** par **vasoconstriction de l'artériole afférente**, surtout chez le sujet âgé, en situation d'hypovolémie et/ou en cas de co-prescription d'IEC ou ARA2 +++
  - *Moyen mnémotechnique :*
    AINS = vasconstriction de l'artériole **A**fférente
    I**E**C = vasodilatation de l'artériole **E**fférente
  - Néphropathie interstitielle immuno-allergique
  - Glomérulopathie (Lésion Glomérulaire Minime ou Glomérulonéphrite Extra-Membraneuse)
  - Nécrose papillaire
- Complications **allergiques** :
  - Urticaire, dermatose bulleuse, bronchospasme, œdème de Quincke, choc anaphylactique
- **Autres :**
  - Hépatite immuno-allergique ou toxique, complications neuro-sensorielles (céphalées, vertiges surtout l'Indométacine), cytopénie immuno-allergique

Posologie :
- Po :
  - Ibuprofène 400 mg/6 h ; maxi. 1 200 mg/24 h
  - Kétoprofène (Profenid®) LP 200 mg 1 cp ou 1 gel/24 h. Autres présentations : 100 à 300 mg/24 h
- IR : Kétoprofène 100 à 300 mg/24 h (1-3 suppos).
- IM : Kétoprofène 100 mg/12-24 h.
- IV : Kétoprofène 50 mg IVL/6 h ou 100 mg IVL/8 h maxi. 48 h.

Interactions médicamenteuse pharmacocinétiques :

- Les AINS sont fortement **liés à l'albumine (90%)** et augmentent donc la fraction libre des médicaments qui y sont aussi liés.
- *Moyen mnémotechnique médicaments fortement liés à l'albumine :*
- **SADAM F.** : Sulfamides, AINS, Diurétiques, AVK, Miconazole, Fibrates
- Diminution de l'excrétion rénale de certains médicaments : Lithium, Digoxine, Aminosides,…

2.2.5. NEFOPAM

Caractéristiques spécifiques :

- **Antalgique non morphinique d'action centrale donc palier I OMS par définition, mais effet puissant comme les antalgiques de palier II**
- **Non** antipyrétique
- **Non** anti-inflammatoire
- Propriétés **anticholinergiques** faibles
- Absence d'effet dépresseur respiratoire et toxicomanogène

Effets secondaires :

- Sueurs, somnolence
- Douleur à l'injection
- Nausées, vomissements
- **Effets atropiniques** : Sécheresse buccale, tachycardie, palpitations, vertiges, rétention d'urine

Contre-indications :

- Enfants de **moins de 15 ans**
- Convulsions ou antécédents épileptiques
- Troubles prostatiques, glaucome
- Déconseillé chez la femme enceinte ou allaitante

Posologie :

- Néfopam IM, IV : **Acupan® 20 mg x 6/jour** (Max : 120 mg)
  - Souvent donné per os mais hors-AMM

2.3. ANTALGIQUE PALIER II

2.3.1. TYPE D'ANTALGIQUES

Agonistes morphiniques faibles :

- Codéine
- Tramadol (Topalgic®)
- Opium

2.3.2. CODEINE

Contre-indications :

- **Allergie** à la codéine
- **Asthme**
- **Insuffisance respiratoire**
- **Insuffisance hépatique**
- Association aux agonistes-antagonistes morphiniques
- Grossesse – allaitement : éviter
- **Enfant < 12 ans, ou < 18 ans après amygdalectomie ou adénoïdectomie**

Effets secondaires :

- **Constipation**
- **Nausées**
- **Somnolence**
- **Bronchospasme**





- Risque de dépendance et de syndrome de sevrage à l'arrêt brutal
- **Surdosage** : myosis, excitation, somnolence, vomissements, convulsions, bronchoconstriction, bradypnée et arrêt respiratoire

Posologie :

- Po : 1 ou 2 cp/4-6 h ; maxi. 6 cp/24 h.
- Insuffisance rénale : 8 h mini. entre 2 prises.

Noms commerciaux :

- Codoliprane® cp (20 mg codéine, 400 mg paracétamol).
- Dafalgan codéiné® cp (30 mg codéine, 500 mg paracétamol).
- Efferalgan codéiné® cp (30 mg codéine, 500 mg paracétamol).

Métabolisme :

- Les effets cliniques de la codéine sont du à sa transformation en morphine par le cytochrome P450 **CYP2D6**.
- 5 à 10% de la population générale sont « métaboliseurs lents » : la transformation en morphine se fait peu ou pas et la codéine est donc inefficace. A l'inverse les 1 à 7% de la population qui sont **« métaboliseurs rapides »** peuvent se trouver en surdosage malgré une posologie habituelle.

Restriction d'AMM :

- Une **restriction d'AMM** a été publié en 2013, contre-indiquant la codéine chez les enfants de **moins de 12 ans**, ou bien ayant subit une **amygdalectomie ou adénoïdectomie** (ces enfants étant plus à risque de trouble respiratoire obstructif), ni chez la femme qui **allaite.**
- Elle précise aussi que la codéine ne doit être utilisée **qu'après échec du paracétamol et/ou d'un AINS,** à la **dose efficace la plus faible,** pendant la **durée la plus courte possible.**

2.3.3. TRAMADOL

Caractéristiques spécifiques :

- **Opioïde synthétique** d'action antalgique **mixte** :
  - Le Tramadol **stimule les voies decendantes inhibitrices** par recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
  - Le O-desméthyl-tramadol (principal métabolite) est agoniste partiel des **récepteurs opioïdes μ**
- Cette particularité rend le Tramadol particulièrement intéressant dans les douleurs mixtes (à composante nociceptive et neuropathique).

Contre-indications :

- Hypersensibilité tramadol et/ou opiacés
- Insuffisance respiratoire sévère
- Insuffisance hépatocellulaire, insuffisance rénale sévère
- **Epilepsie**
- Grossesse, allaitement
- < 3 ou 12 ans selon les formes
- IMAO

Effets secondaires :

- Etourdissements, nausées, constipation, céphalées
- Convulsion
- Dépendance, syndrome de sevrage
- Surdosage

Posologie :

- **PO : 50-100 mg/6 h ; maxi. 400 mg/24 h.**
  - Insuffisance rénale : toutes les 12 h
  - Insuffisance hépatique : 1/2 dose ou par 12 h.
  - > 75 ans : toutes les 8-10 h.
  - LP : 100-200 mg/12 h.

- IV : 100 mg IVL (15 min) +/- 50 mg/10-20 min, maxi. 250 mg la 1ère heure.
  - Relais IVSE : 200 mg/8-12 h ; maxi. 600 mg/24 h
  - Usage hospitalier uniquement

Noms commerciaux :

- Contramal®, Topalgic® :
  - Gél, cp 50 mg
  - Cp LP 100 et 200 mg
  - Inj. 100 mg/2 ml.
- Ixprim® (37,5mg tramadol, 300mg paracétamol)

2.3.4. OPIUM

Noms commercial :

- Lamaline®
  - Gél, cp 25 mg poudre d'opium et 500 mg paracétamol
  - Suppositoire, 15 mg poudre d'opium et 500 mg paracétamol

2.4. ANTALGIQUE PALIER III

2.4.1. PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES

Action antalgique : douleurs par excès de nociception sévères, double action :

- **Action centrale (principale) :** agoniste des récepteurs opioïdes de la corne postérieure avec diminution de la libération de neurotransmetteurs
- **Action périphérique :** effet anti-hyperalgésique

Action psychomotrice : bien-être, euphorie

Action sur la fonction respiratoire :

- Effet **dépresseur respiratoire**
- Effet **antitussif**
- Effet **histaminolibérateur** : broncho-constriction

Action émétisante

Action sur la musculature lisse :

- Diminution du transit intestinal et **constipation, rétention urinaire**, **myosis**

Action cardiovasculaire : hypotension orthostatique

Action sur le système immunitaire :

- **Immunomodulation voire immuno-suppression** à concentration élevée

2.4.2. PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Insuffisance **respiratoire** sévère
- Insuffisance **hépatique** : TP < 60%
- Insuffisance **rénale** : clairance < 50 ml/mn (utiliser la formule de Cockcroft)
- Sujet âgé : **> 65 ans**
- Grossesse, allaitement

2.4.3. EQUIVALENT DE DOSE

- **3 mg** Morphine **Per Os = 1,5 mg** Morphine **Sous-Cutanée = 1 mg** Morphine **IV**
- 1 mg Morphine per os = 1/10 à 1/20 mg Morphine péridurale = 1/50 à 1/200 mg Morphine intrathécale

2.4.4. DUREE DE PRESCRIPTION

7 jours

- **Morphine injectable discontinue**





28 jours

- **Morphine injectable continue (par pompe)**
- **Morphine per os**
  - **Rapide :** Actiskenan®, Sévrédol®
  - **Lente :** Skenan LP®, Moscontin LP®
- **Oxycodone**
- **Hydromorphone**
- **Fentanyl**

2.4.5. DELIVRANCE FRACTIONNEE

La délivrance par le pharmacien est fractionnée pour certains produits :

- Le pharmacien ne délivre qu'une certaine quantité à la fois, le malade doit revenir (avec la même ordonnance pour obtenir une nouvelle délivrance sur la période de prescription prévue).
- **En cas de besoin, le prescripteur peut ordonner le non-fractionnement par mention expresse**
- Exemple : délivrance pour **14 jours** de **Fentanyl transdermique à libération prolongée, ou 7 jours** pour le **Fentanyl transmuqueux à libération immédiate**

2.4.6. VOIES D'ADMINISTRATION

Intraveineuse	• **La plus rapide** • **La plus fiable**
Per os	• **Fiable** • **Moins rapide**
Intramusculaire **Sous-cutanée**	• Résorption irrégulière • Effet peu prévisible • A éviter en urgence

TYPE	**DCI**		**NOM COMMERCIAL**	**VOIES D'ADMINISTRATIONS**	
AGONISTES PURS	**Morphine**	**Sulfate**	**Actiskenan®** **Sevredol®**	Orale	Libération immédiate
			Skenan LP® **Moscontin LP®**	Orale	Libération prolongé
		Chlory-drate	**Morphine®**	Orale	Libération immédiate
				Parentérale	SC IV IM Péridurale Intrathécale
	Oxycodone		**Oxynorm®**	Orale	Libération immédiate
			Oxycontin®	Orale	Libération prolongé
	Hydromorphone		**Sophidone®**	Orale	Libération prolongé
	Fentanyl		**Durogésic®**	Transcutanée	
			Actiq®	Transmuqueuse	
AGONISTES PARTIELS	**Buprénorphine**		**Temgésic®**	Sublinguale	
				Parentérale	SC IV IM
AGONISTES-ANTAGONISTES	**Nalbuphine**		**Nalbuphine®**	Parentérale	SC IV IM

2.4.7. PARTICULARITES SELON LA SPECIALITE

- En cas de douleurs d'origine **non cancéreuse,** seuls la **Morphine**, l'**Oxycodone** et le **Fentanyl transdermique** ont l'**AMM**.
- **Fentanyl :**
  - Son utilisation par voies transmuqueuse et transcutanée (patch de **72h**) est rendue possible par sa **liposolubilité élevée**
  - Sa **délivrance** est **fractionnée** : 14 jours pour les spécialités transdermiques, 7 jours pour les spécialités transmuqueuses.
  - **A noter pour la forme transdermique :** il est recommandé d'effectuer une rotation en cas de **fièvre >39°C** : l'absorption est plus rapide, avec risque de **surdosage**, et à l'inverse le patch risque de se décoller.
- **Buprénorphine :**
  - Utilisée comme antalgique (Temgésic®) et comme produit de **substitution** en cas d'addiction aux opioïdes (**Subutex**®)
  - En cas de surdosage, son affinité importante pour les récepteurs μ le rend peu sensible à la Naloxone
- La **Buprénorphine** est **agoniste partiel des récepteurs μ,** et la **Nalbuphine** un **agoniste partiel** des récepteurs **κ.** Ceci explique l'**effet plafond** de ces deux substances : au-delà d'une certaine posologie l'effet antalgique n'augmente plus ; cela limite aussi les risques de surdosage.

2.4.8. ROTATION DES OPIOIDES

- La rotation consiste à remplacer un antalgique de palier III par un autre afin d'**améliorer le rapport bénéfice-risque**.
- Elle est indiquée en cas d'effets secondaires importants (le plus souvent), d'analgésie insuffisante, ou afin de modifier la voie d'administration.
- Pour cela, la posologie de l'opioïde de remplacement est calculée grace aux tables d'équianalgésie (cf page 136)
- Exemple :
  - La douleur de monsieur D. est parfaitement soulagée par les injections matin et soir de 20 mg de Morphine IV. Sa perfusion allant être retirée, une rotation pour une voie moins invasive est envisagée.
  - Ses 40 mg/jour de Morphine IV peuvent ainsi être remplacés par 120 mg de Morphine PO (60 mg matin et soir), ou bien 16 mg d'Hydromorphone PO, ou un patch de Fentanyl transdermique de 50 μg/h,...
- Le délai d'action des patchs de Fentanyl étant de 12h, en cas de relai pour de la Morphine on administre la première dose 12h après le retrait du patch. A l'inverse en cas de relai Morphine→Fentanyl, le patch doit être appliqué en même temps que la dernière dose de Morphine.

2.4.9. EFFETS SECONDAIRES ET PREVENTION

- **Constipation :**
  - Quasi-systématique, **persistante**
  - **Doit toujours être prévenue** IECN 2016 = règles **hygiéno-diététiques, laxatifs** (Macrogol un sachet de 10 grammes le matin)
- **Nausées :**
  - **Fréquents** (> 50%)
  - **Anti-émétique gastrokinétique 1-2 semaines** (Dompéridone)
- **Prurit (et xérostomie) :**
  - Antihistaminique
- **Somnolence :**
  - **Habituelle** en début de traitement (= récupération de la dette de sommeil), **disparaît en quelques jours.**

- Rechercher des signes éventuels de surdosage (penser aux médicaments associés), particulièrement au-delà de 48h de traitement
- **Rétention urinaire :**
  - **Rétention aiguë d'urine chez les patients prédisposés (adénome de prostate)** par **hypertonie du sphincter externe de la vessie**
  - Sondage, Néostigmine
- **Confusion :**
  - En l'absence d'insuffisance de traitement, de situation de manque ou de surdosage : rechercher et traiter toute cause habituelle de confusion.
  - **Traitement étiologique**, neuroleptiques et/ou modification du traitement antalgique
- **Dépression respiratoire :**
  - **Toujours annoncée par une somnolence profonde**
  - La fréquence respiratoire est un **paramètre simple et essentiel de surveillance :**
    - **Fréquence respiratoire** (FR) **entre 10 et 12 : surveillance**, réévaluation toutes les 3 à 5 mn ; attitude à adapter en fonction du traitement en cause
    - **FR < 10 : oxygénothérapie + Naloxone**
- **Pharmacodépendance :**
  - Effet psychodysleptique : très limitée, la crainte d'induire une toxicomanie ne doit pas limiter la prescription.
  - **Dépendance physique** : **syndrome de sevrage**, dont la prévention repose sur la réduction progressive des posologies lors de l'arrêt d'un traitement par morphine
  - **Phénomène de tolérance** : augmentation des doses pour obtenir le même effet thérapeutique
- **Sédation :**
  - Présente chez presque la moitié des patients
  - Apparition précoce mais peut être spontanément résolutive
  - Surveillance : scores de sédation

NIVEAU DE SEDATION	SCORE DE RAMSAY	ECHELLE DE SEDATION (EDS)
1	Patient anxieux et agité	Absence de sédation, patient bien éveillé
2	Patient coopérant, calme et orienté	Patient somnolent mais stimulable **verbalement**
3	Somnolence, réponse rapide après stimulation verbale	Patient somnolent mais stimulable tactilement
4	Patient endormi mais avec une réponse nette à la stimulation de la glabelle ou à un bruit intense	Patient non réveillable, état comateux
5	Patient endormi répondant faiblement aux stimulations ci-dessus	-
6	Absence de réponse	-

2.4.10. TITRATION DE MORPHINE

PO

- Débuter par du **Sulfate de Morphine par voie orale**, à libération immédiate (Actiskenan®) **en relais d'un opioïde faible**
- Le traitement est **débuté** à la dose de :
  - **1 mg/kg/j,** soit chez un sujet de 60 kg : **10 mg/4 h (60 mg/jr)**
  - **Dose réduite de moitié** chez les **patients à risque** (0.5 mg/kg/j soit environ 5 mg/4 h) : > 65 ans, dénutris, insuffisant rénaux ou hépatiques [iECN 2016]

- **Augmenter** à raison **de 50% toutes les** 8 à **12 h jusqu'à obtenir le contrôle de la douleur (EVA < 3)**
- Par la suite, le **traitement de fond** va reposer sur les **morphiniques longue durée** (type **Skénan LP® ou Moscontin LP®** en 1 prise toutes les 12 h) ou du Fentanyl transdermique (patch)
- Prévoir des **inter-doses d'action rapide (= 1/6 de la dose quotidienne**) en cas de besoin **toutes les 4h**
  - Prise toutes les 8h si patients insuffisants rénaux terminaux
  - <u>Exemple</u> : Traitement de fond : Skénan LP® 30 mg matin et soir (soit une dose quotidienne de 60 mg), avec interdoses d'Actiskénan LI® 10 mg toutes les 4h si besoin
- Si prise de **plus de 3 inter-doses par jour durant 2 jours : augmenter la dose de morphiniques**

<u>**IV**</u>

- Chlorhydrate de morphine IV
- **Bolus de 2 mg (patient < 60 kg) à 3 mg** (patient > 60 kg) **toutes les 5 minutes, y compris chez les sujets âgés**
- Réévaluation de la douleur toutes les 5 minutes : EVA
- Objectif EVA ≤ 30

2.4.11. ANALGESIE CONTROLEE PAR LE PATIENT

- Indiquée en cas de **douleur cancéreuse instable ou mal contrôlée,**
- La **« Personal Controled Analgesia »** (**PCA**) consiste en une **pompe intraveineuse de mophine** dont le patient déclenche lui-même les administrations de **bolus** selon ses besoins, avec éventuellement un débit continu de base (surtout chez l'enfant).
- Les doses de morphine et la période réfractaire (environ 7 minutes) entre deux bolus sont prescrites par le médecin.
- L'utilisation de la PCA est possible en Hospitalisation A Domicile sous contrôle quotidien par une IDE.
- **Chez l'enfant,** on peut la prescrire dès l'âge où il **comprend les consignes** (environ 5-6 ans). Avant cela, ou bien s'il est dans l'incapacité d'appuyer sur le bouton, le déclenchement des bolus peut être fait par une **infirmière** (Nurse-Controled Analgesia) ou les **parents** (Parents-Controled Analgesia).

2.4.12. ANALGESIE PAR VOIE IV ET PLACE DES MORPHINIQUES (ADULTE)

Evaluation quantitative de l'intensité de la douleur à l'aide d'échelles validées : **EVA en 1ère intention**, EN ou EVS

Si l'EVA est < 60 :

- Paracétamol 1g IV en 15 min ou palier 2
- +/- AINS IV en 15 minutes
- +/- MEOPA
- +/- Analgésie locale ou locorégionale
- Réévaluation de la douleur par l'EVA toutes les 5 minutes :
  - Si EVA ≥ 30 : Morphine en titration IV sans dose maximale
  - Bolus de 2 à 3 mg IVD toutes les 5 minutes
  - Surveillance : FR, score de sédation, saturation, tension artérielle

Si l'EVA est ≥ 60 :

- Morphine IV en titration par bolus de 2 à 3 mg IVD toutes les 5 minutes
- +/- MEOPA
- +/- anti-inflammatoire non stéroïdien IV en 15 minutes
- +/- Analgésie locale ou locorégionale



- Réévaluation de la douleur toutes les 5 minutes
  - Si EVA > 30 : poursuite de la Morphine IV sans dose maximale
  - Si EVA ≤ 30 ou sédation excessive ou bradypnée ou désaturation : arrêt de la morphine **+/-** traitement symptomatique si nécessaire

2.4.13. TRAITEMENT DES ACCES DOULOUREUX PAROXYSTIQUES

- Le traitement de **référence** est le **Fentanyl transmuqueux.**
- La dose efficace n'est pas corrélée à la dose du traitement de fond.
- Si le patient est traité par **opioïdes par voie IV** ceux-ci doivent permettre un soulagement des ADP et ainsi le **fentanyl transmuqueux** n'est **pas** indiqué.
- Il faut attendre au moins **4h** avant de traiter un nouvel ADP.
- En cas de survenue de **plus de 4 ADP par jour** pendant plusieurs jours le **traitement de fond** doit être réadapté.

2.4.14. DOULEUR CHRONIQUE NON CANCEREUSE DE L'ADULTE : SFETD 2016

- Dans le cadre des douleurs chronique non cancéreuses, les opioïdes forts ont montré une **efficacité modérée** sur les **douleurs neuropathiques**, les douleurs arthrosiques des membres inférieurs et les **lombalgies chroniques**.
- Ils ne sont **pas recommandés** en cas de **céphalées primaires** ou d'**algie dysfonctionnelle** (exemple : fibromyalgie).
- Hors avis spécialisé, **il ne faut pas dépasser** la dose de **150mg d'équivalent morphine.**
- Les formes à **libération prolongée** doivent être privilégiées.
- Il faut **rechercher les facteurs de risque de mésusage** avant toute prescription :
  - **Homme**, particulièrement si troubles comportementaux ou problèmes légaux
  - **Age jeune**
  - **Maladie psychiatrique**
  - **Antécédent de mésusage**
  - Antécédent d'**addiction à l'alcool**
  - **Tabagisme actif, consommation de produits illicites**
- Il est recommandé de prendre un avis spécialisé dans les situations suivantes :
  - **Avant la prescription :** absence d'étiologie précise expliquant les douleurs chroniques ; comorbidités psychiatriques ; facteurs de risque de mésusage
  - **Pendant la prescription :** douleur persistante malgré augmentation de la dose ; après 3 mois de traitement ; au-dela de 150mg d'équivalent morphine
- Avant chaque renouvellement de l'ordonnance il faut **rechercher un mésusage**.

2.4.15. REGLES DE L'ORDONNANCE DE MORPHINIQUES

- **Ordonnance sécurisée (stupéfiant)**
- Nom et prénom du **patient** et du **médecin**
- **Ecrite en toutes lettres**
  - **Durée = « pendant vingt-huit jours »**
  - **Dose cumulée = « soit cinquante-six gélules »**
- Prescription simultanée sur ordonnance bi-zone ALD
- **En l'absence de mention expresse sur l'ordonnance, un pharmacien ne peut pas délivrer deux ordonnances** de stupéfiants **qui se chevauchent.**
- **Mesures associées :**
  - **Lutte contre la constipation** : règles hygiéno-diététiques, hydratation, prescription d'un laxatif osmotique (Lactulose, Duphalac), surveillance du transit (recherche d'un fécalome en l'absence de selles > 3 jours)
  - Prévention systématique des nausées et vomissements : **antiémétique gastrokinétique**
  - Prurit : anti-histaminique
  - Somnolence : surveillance et diminution des doses si nécessaire

Nom du médecin
Fonction
N° de SIRET

Lieu
Date

Nom et prénom du patient

1- Skenan LP® 30 mg :
Une gélule de trente milligrammes le matin et une le soir.
Par voie orale.
Pendant vingt-huit jours.
Soit cinquante-six gélules.

2- Actiskenan® 10 mg :
Si à coups douloureux.
Une gélule de dix milligrammes toutes les quatre heures.

3- Macrogol :
Trois sachets de 10 g par jour.

4- Dompéridone :
En cas de nausées.
Un comprimé de 45 mg avant la prise de Skenan®.

Signature
Cachet

4

2.4.16. NOTE : CANNABINOIDES

- Les cannabinoïdes possèdent des effets antalgiques de par leur action sur les récepteurs **CB1** et **CB2 du système nerveux.**
- Le **Sativex®**, spray buccal contenant du Tétra-HydroCannabinol (THC) et du Cannabidiol (CBD), a obtenu en 2014 une **AMM** pour les douleurs et contractures sévères et résistantes des patients atteints de SEP.

ITEM 132

3. TRAITEMENT DES DOULEURS NEUROGENES

3.1. THERAPEUTIQUE IECN 2016

Anti-épileptiques	Gabapentine Prégabaline Clonazépam Carbamazépine	Neurontin® Lyrica® Rivotril® Tegretol®
Antidépresseurs tricycliques	Amitriptyline Clomipramine Imipramine Desipramine	Laroxyl® Anafranil® Tofranil® Pertofran®
Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline	Venlafaxine Duloxétine Milnacipran	Effexor® Cymbalta® Ixel®
Neuroleptiques	Halopéridol Chlorpromazine	Haldol® Largactil®
Traitements topiques	Emplâtres de Lidocaïne Capsaïcine	Versatis® Qutenza®
Neurostimulation	**Impulsion électrique destinée à bloquer la douleur**	**Transcutanée** **Chirurgicale**

Remarque : les douleurs migraineuses d'origine multifactorielle (neurogènes, vasomoteurs...) seront traitées dans les chapitres de Neurologie concernés

INFORMATIONS IMPORTANTES A DONNER AUX PATIENTS : SFETD 2010

- Les **antalgiques usuels** ne sont que **peu** (ou pas) **efficaces.**
- Bien que les médicaments utilisés aient d'autres indications (anti-épileptiques, antidépresseurs), c'est pour leur **activité analagésique propre** qu'ils sont ici prescrits.
- Leur **efficacité** sur la douleur n'est souvent que **partielle.**
- Leur effet est souvent **retardée** (de plusieurs jours à plusieurs semaines).
- En cas d'efficacité, l'arrêt du traitement ne doit pas être trop précoce : au moins 6-8 mois de traitement efficace à dose stable.

3.2. GABAPENTINE NEURONTIN® PREGABALINE LYRICA®

3.2.1. PROPRIETES

- **Anti-épileptique**
- **Traitements de référence des douleurs neuropathiques, à prescrire en première intention**

3.2.2. INDICATIONS

- Epilepsie partielle
- **Douleurs neuropathiques périphériques**
- Douleurs neuropathiques **centrales (pour la Prégabaline)**

3.2.3. CONTRE-INDICATIONS

- **Hypersensibilité**

3.2.4. PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Prudence chez les **conducteurs** et chez les sujets ayant des troubles comitiaux mixtes comportant des absences.
- **Insuffisance rénale.**

3.2.5. EFFETS SECONDAIRES

- *Prégabaline :* Augmentation de l'appétit et **prise de poids**
- *Gabapentine :* **vertiges**
- **Somnolences**, céphalées
- Confusion, irritabilité
- **Ataxie locomotrice**, tremblements
- Diplopie
- Nausées-vomissement, constipation

3.3. CLONAZEPAM RIVOTRIL®

3.3.1. PROPRIETES

- **Benzodiazépines** donc :
  - **Anticonvulsivant**
  - Anxiolytique, myorelaxant
  - **Sédatif**, amnésiant antérograde
- 1ère intention dans la crise d'épilepsie et état de mal épileptique pour action rapide

3.3.2. INDICATIONS

- **Crise d'épilepsie** et **état de mal épileptique**
- Hors AMM : douleurs neuropathiques
  - Il est maintenant **à éviter dans cette indication** en raison de l'absence de preuve d'efficacité et du risque de dépendance.

3.3.3. CONTRE-INDICATIONS

- Hypersensibilité
- **Insuffisance respiratoire**
- Apnées du sommeil
- **Myasthénie**

3.3.4. EFFETS SECONDAIRES

- **Somnolence**
- **Dépendance** physique et psychique
- Syndrome de sevrage
- Hypersécrétion bronchique
- Coma, dépression respiratoire

3.3.5. PRESCRIPTION

- **Prescription initiale** et **renouvellement annnuel réservés aux Neurologues et aux Pédiatres** (renouvellements intermédiaires possibles par tout médecin), sur **ordonnance sécurisée**.

3.4. CARBAMAZEPINE TEGRETOL®

3.4.1. PROPRIETES

- **Anti-épileptique**
- **Antalgique**
- **Thymorégulateur**

3.4.2. INDICATIONS

- **Epilepsie de type grand mal et épilepsie partielle**
- Prévention des rechutes des troubles bipolaires
- Traitement curatif de certains états maniaques
- Douleurs neuropathiques **(en 3ème intention)**

3.4.3. CONTRE-INDICATIONS

- **Bloc Auriculo-Ventriculaire**
- Allaitement

3.4.4. PRECAUTIONS D'EMPLOI

- **Surveillance NFS et bilan hépatique**
- **Inducteur enzymatique** donc **attention aux associations médicamenteuses**
- **Si grossesse : supplémentation en vitamine K**

3.4.5. EFFETS SECONDAIRES

- **Sécheresse buccale**
- Nausées et vomissements fréquents en début de traitement
- **Neutropénie** (souvent modérée et sans gravité)





- **SIADH**
- Troubles de la conduction cardiaque
- **Réactions idiosyncrasiques** : toxidermie (**syndrome de Lyell**), hépatite, aplasie médullaire
- **Inducteur enzymatique**
- Si surdosage : syndrome cérébello-vestibulaire et/ou confusion

3.5. ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES

3.5.1. PROPRIETES

- Psychotropes thymo-analeptiques

3.5.2. INDICATIONS

- Episode dépressif caractérisé
- Trouble panique et trouble phobique
- Troubles obsessionnels compulsifs
- **Algies rebelles**

3.5.3. CONTRE-INDICATIONS

Absolues :

- **Glaucome aigu à angle fermé**
- **Adénome prostatique**
- Infarctus du myocarde < 3 mois
- **1er trimestre de grossesse**
- **Association avec IMAO non sélectifs**

Relatives :

- Epilepsie
- Insuffisance hépatique
- Insuffisance rénale

3.5.4. PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Prudence chez les conducteurs
- **Arrêt du traitement de manière progressive**

3.5.5. EFFETS SECONDAIRES

- **Anticholinergiques : sécheresse buccale, constipation, rétention urinaire, dysurie, trouble de l'accommodation, mydriase**
- **Cardiovasculaires** : hypotension orthostatique, tachycardie, trouble du rythme et de conduction
- **Psychiques** : excitation, levée d'inhibition avec risque suicidaire, délire, insomnies, cauchemars, prise de poids avec le Laroxyl®
- **Neurologiques** : sédation pour certains antidépresseurs, troubles mnésiques, dysarthrie, syndrome confusionnel, tremblements, polynévrite
- **Hématologiques** : thrombopénie, hyperéosinophilie (rares)
- **Stomatologiques** : glossite, stomatite en cas de traitements prolongés

3.5.6. BILAN PRE-THERAPEUTIQUE

- **ßhCG**
- **ECG**
- **TSH**
- **Exploration des anomalies lipidiques**
- Bilan **ophtalmologique**

- Bilans **rénal et hépatique**
- **EEG** si antécédent d'épilepsie

3.6. INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SEROTONINE ET DE LA NORADRENALINE

3.6.1. PROPRIETES

- Leur effet antalgique est du à la **stimulation des systèmes inhibiteurs descendants**.

3.6.2. INDICATIONS

- Episode dépressif caractérisé
- Trouble anxieux généralisé
- **Polyneuropathie diabétique** (pour la **Duloxétine**)
- Hors AMM : Douleur neuropathique, fibromyalgie

3.6.3. CONTRE- INDICATIONS

Absolues :

- Association avec IMAO non sélectifs

Relatives :

- Grossesse et allaitement
- Insuffisance hépatique ou rénale

3.6.4. PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Risque de **syndrome sérotoninergique** en cas d'association avec d'autres agents monoaminergiques (Tramadol, ISRS…)

3.6.5. EFFETS SECONDAIRES

- **Psychiques** : excitation, anxiété, levée d'inhibition avec risque suicidaire, décompensation maniaque d'un trouble bipolaire, dépression
- **Cardiovasculaires** : tachycardie, palpitations, HTA, flush
- **Digestifs :** nausée-vomissements, constipation, diarrhée, douleur abdominale

3.7. TRAITEMENTS TOPIQUES

3.7.1. EMPLATRES DE LIDOCAINE

- Les **emplâtres de lidocaïne 5%** (Versatis®) sont indiqués en cas de douleur neuropathique de topographie limité.
- Ils ont l'AMM pour les algies post-zostériennes.
- **Attention :** ne pas appliquer sur des lésions cutanées

3.7.2. CAPSAICINE

- Agoniste des récepteurs **TRPV1**, la **capsaïcine** est le composé chimique qui provoque la sensation de **brûlure associée au piment**.
- Sous forme de crème concentrée à **0,025%**, son **application répétée** entraine une **désensibilisation** périphérique.
- Sous forme de patch à **8%** de concentration (Qutenza®), la capsaïcine a un effet **neurotoxique sur les fibres C.**
  - Pour info : en cas de douleur neuropathique on peut appliquer jusqu'à 4 patchs en même temps, pendant 30min à 1h, tous les **3 mois.**





3.8. NEUROSTIMULATIONS

3.8.1. GENERALITES

- Les techniques de neurostimulation sont basées sur la **stimulation des voies non nociceptives inhibitrices**.
- Efficaces dans **50 à 70% des cas en début de traitement** puis dans 30% des cas par la suite, l'efficacité dépendra particulièrement de l'**utilisation régulière** ou non (**même en l'absence de douleur**) de ces techniques.
- On distingue les techniques **non invasives** (TENS et stimulation magnétique transcrânienne) des techniques **invasives** (neurostimulation médullaire, corticale, et cérébrale profonde) où le **neurostimulateur et** les **électrodes sont implantés.**

3.8.2. NON INVASIVES

Neurostimulation transcutanée (TENS)

- Technique à **faibles coût**, le patient **peut l'utiliser seul** après éducation thérapique. 2 modes d'utilisations sont possibles :
  - TENS **Conventionnelle** (C TENS) : stimulation à **haute fréquence** des **fibres Aα et Aβ** de la **zone douloureuse**, renforçant ainsi le **gate control**. La douleur laisse alors place à des **paresthésies** indolores mais **l'effet ne dure que pendant la stimulation**.
  - TENS **Acupunture-Like** (AL TENS) : la stimulation électrique à haute intensité mais **basse fréquence** dans un **territoire non douloureux** provoque de faibles **contractions musculaires**, entrainant la **libération d'endorphines.** L'effet **persiste plusieurs heures après traitement**.
- Contre-indications : grossesse, thrombose artérielle ou veineuse, pace-maker.

Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive (rTMS)

- Des impulsions magnétiques transcrâniennes à **haute fréquence** sont envoyées sur les zones encéphaliques à cibler :
  - En cas de **douleur neuropathique centrale**, le **cortex moteur primaire**
  - En cas de fibromyalgie ou de **dépression sévère**, le **cortex préfrontal**
- Contre-indications : **épilepsie**, corps étranger métallique intracrânien

3.8.3. INVASIVES

Neurostimulation médullaire

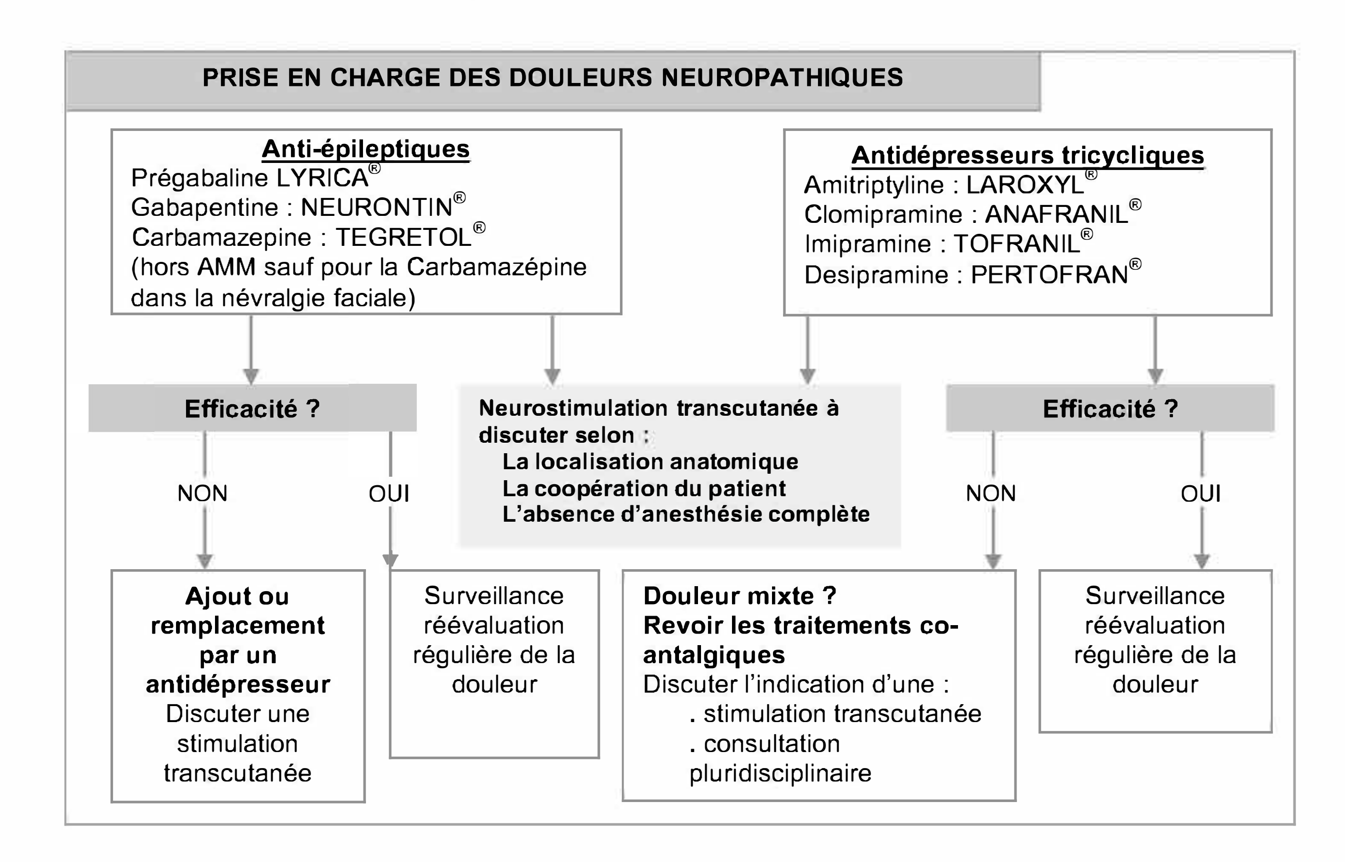
- Elle est surtout indiquée pour les **douleurs neuropathiques résistantes des membres inférieurs.**
- On réalise préalablement un test par **TENS** (non invasif) qui sera **prédictif de l'efficacité**.
- Les électrodes sont implantées dans l'**espace épidural en regard des cordons postérieurs de la moelle,** au niveau de **T9-T10 :**
  - Soit par voie **percutanée**,
  - Soit par **laminectomie (chirurgicale)**, avec un **risque plus faible de déplacement secondaire**
- Tout comme la stimulation du cortex moteur, cette technique diminue la douleur de plus de 50% dans **50 à 70%** des cas.

Stimulation du cortex moteur

- Stimulant les **systèmes inhibiteurs descendant**, cette technique est indiquée en cas de **douleur neuropathique centrale résistante** (post-traumatisme médullaire, post-AVC, algies faciales neuropathiques…).
- Une ou deux électrodes sont implantées dans l'**espace extra-dural, controlatéralement** à la douleur.

Neurostimulation cérébrale profonde

- En cas d'**échec des autres méthodes** de neurostimulation invasive.
- Les électrodes stimulent dans ce cas :
  - les **noyaux sensitifs du thalamus controlatéral** : relai de l'information douloureuse,
  - dans certains cas la **substance grise péri-aqueducale**, origine du système inhibiteur descendant sérotoninergique, et sécrétrice d'opioïdes endogènes.



ITEM 132

4. CO-ANTALGIQUES

4.1. PRINCIPES GENERAUX

4.1.1. LISTES DES PRINCIPAUX CO ANTALGIQUES

- **Corticoïdes**
- **Biphosphonates**
- **Antispasmodiques**
- **Myorelaxants**
- **Anti-épileptiques (dont benzodiazépines)**
- **Psychotropes :**
  - **Neuroleptiques**
  - **Antidépresseurs tri-cycliques**
  - **Benzodiazépines**
- **Anesthésiques**
- **Hormonothérapie**
- **Chimiothérapie**



4.1.2. EXEMPLES (ANAES)

Douleurs neurogènes

- Corticoïdes en cas de compression péri-médullaire ou nerveuse périphérique

Douleurs viscérales par envahissement tumoral

- Corticoïdes
- Antispasmodiques
- En deuxième intention, noramidopyrine
- En cas de douleurs rebelles, bloc cœliaque à discuter

Coliques abdominales liées à une occlusion

- Traitement chirurgical à discuter en première intention
- En cas d'impossibilité de celui-ci, antalgiques opiacés associés aux antispasmodiques

Céphalées par hypertension intra-cranienne

- Corticoïdes injectables

Douleurs osseuses

- Anti-inflammatoires non-stéroïdiens
- Corticoïdes
- En cas de métastases osseuses :
  - Radiothérapie, conventionnelle ou métabolique
  - Biphosphonates

Douleurs liées à une infection

- Drainage d'une collection

4.2. CORTICOIDES

4.2.1. PROPRIETES

- **Anti-inflammatoire**
- **Anti-allergique**
- **Immunosuppresseurs** à fortes doses
- Effets métaboliques : minéralocorticoïde (aldostérone-like), catabolisant, hyperglycémiant.

4.2.2. CONTRE- INDICATIONS « pudick »

PAS DE CONTRE INDICATION ABSOLUE LORSQUE LE PRONOSTIC VITAL EST ENGAGE

- **Psychiatrique grave** (excitation psychomotrice)
- **Ulcère gastro-duodénal**
- **Diabète déséquilibré**
- **Infection (sévère, évolutive, ou non traitée**) et vaccins vivants
- **Cœur** (insuffisance cardiaque, HTA non équilibrée)
- Kératite herpétique

4.2.3. PRECAUTIONS D'EMPLOI

BILAN PRE-THERAPEUTIQUE minimum :

- **Pression artérielle** (HTA) et **ECG** (cardiopathie)
- Poids (calcul de dose, surveillance de surcharge)
- **Ionogramme** sanguin (K^+) et **glycémie capillaire** (diabète)
- Recherche et traitement d'une **infection** :
  - **BU** +/- ECBU
  - Antécédents tuberculose : radio thorax et IDR. Si IDR + ➔ prophylaxie par rifampicine + isoniazide ou quadrithérapie si antécédents de traitement anti-BK incomplet.

4.2.4. PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Pour tout patient ayant voyagé en zone d'endémie (Afrique / Antilles) : **déparasitage systématique** par Ivermectine (STROMECTOL®) en 1 prise en prévention de l'anguillulose maligne.
- ORL et stomato (radio sinus + panoramique dentaire)

Mesures associées :

- **Régime hyposodé, pauvre en sucres à index glycémique élevé, riche en protéines et en potassium**
- **Prévenir la perte osseuse** : maintien d'une activité physique régulière et **supplémentation calcique et en vitamine D**. Possibilité de mise en route ou reprise d'un THS ou prescription d'un bisphosphonate (posologie ≥ 7.5 mg/j pour une durée ≥ 3 mois)
- **Prévenir les risques infectieux** (récidive de tuberculose, anguillulose)
- Prévenir le risque athéromateux +++
- Privilégier l'administration **en une seule prise le matin** : limite les troubles du sommeil et le risque d'insuffisance surrénalienne lors du sevrage.
- **Prévenir le syndrome de sevrage : réduction progressive** des doses par paliers. Il n'y a **pas de schéma de réduction consensuel,** mais il est possible par exemple de proposer, une fois atteint 5 mg/j :
  - Remplacement par 20-30 mg/j d'hydrocortisone pendant 1 à 3 mois pour permettre la remise en action de l'axe neuro-surrénal
  - Ou baisse lente de 1 mg/mois jusqu'à l'arrêt
  - Ou arrêt immédiat si cortisolémie doublée lors du test au SynACTHène®

4.2.5. EFFETS SECONDAIRES « corticoïdes »

- **Cutanéo-musculaire** : amyotrophie, vergetures, retard de cicatrisation, fragilité cutanée et ecchymoses, acné, folliculites bactériennes, hypertrichose
- **Obésité fascio-tronculaire** (Cushing) et prise de poids
- **Rétention hydrosodée** (HTA) et hypokaliémie
- Triglycérides augmentés, FDRCV
- **Infections** par réactivation virale
- **Cataracte** sous-capsulaire postérieure et glaucome
- **Ostéoporose, ostéonécrose aseptique**
- **Insuffisance surrénale aiguë** lors du sevrage
- **Diabète**
- Excitation / euphorie / insomnie, endocrinien (dysménorrhées)
- **Sang** : modifications hématologiques (polynucléose neutrophile par démargination, lymphopénie et éosinopénie)

4.3. MYORELAXANTS

4.3.1. PROPRIETES

- **Benzodiazépines** : effets **myorelaxants**
- **Antispastiques GABAergiques (baclofène)** myorelaxant avec une action antalgique propre

4.3.2. INDICATIONS

- **Contractures musculaires douloureuses** d'origine **rhumatologique** (ex. : métastase vertébrale) : utilisation de **benzodiazépine (Diazépam)**
- **Spasticité chronique sévère** d'origine **neurologique** : utilisation du **Baclofène**



4.4. PHLOROGLUCINOL - SPASFON®

4.4.1. PROPRIETES

- **Antispasmodiques musculotropes** des fibres musculaires lisses du tube digestif, des voies urinaires et du myomètre

4.4.2. INDICATIONS

- **Coliques hépatiques et coliques néphrétiques**
- Manifestations spasmodiques et/ou douloureuses au niveau du tube digestif
- Manifestations spasmodiques et/ou douloureuses d'origine utérine

4.4.3. PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Surveillance clinique (état d'hydratation, auscultation pulmonaire, diurèse) et biologique (ionogramme plasmatique et urinaire, protidémie, créatininémie et urée sanguine, hématocrite).

4.5. BISPHOSPHONATES - ACIDE RISEDRONIQUE

4.5.1. PROPRIETES

- **Effet anti-ostéoclastique**
- Gain progressif de masse osseuse

4.5.2. INDICATIONS

- Maladie de Paget
- Traitement de l'ostéoporose post-ménopausique avérée
- Prévention primaire de l'ostéoporose post-ménopausique

4.5.3. CONTRE-INDICATIONS

- **Insuffisance rénale sévère**
- **Hypocalcémie**
- Pathologies œsophagiennes

4.5.4. PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Administrer **au moins 30 min avant un repas**, avec un **grand verre d'eau faiblement minéralisé, ne pas s'allonger dans les 30 min suivantes**
- Prudence en cas d'affection gastro-intestinale haute évolutive
- **Apport suffisant en calcium et en vitamine D**

4.5.5. EFFETS SECONDAIRES

- Douleurs abdominales
- Nausées
- Constipation
- Diarrhée
- Ostéonécrose mandibulaire
- Douleurs ostéo-musculaires
- Céphalées
- Allergiques
- Surdosage

5. CLASSIFICATION IASP DE BEAULIEU

5.1. INTERETS PAR RAPPORT A LA CLASSIFICATION OMS

- Intègre **tous** les médicaments antalgiques, y compris ceux dirigés contre les douleurs neuropathiques.
- Classe les médicaments en fonction de leur **mécanisme d'action** et permet donc d'adapter la prescription au mécanisme d'action de chaque douleur.
- Evite de faire une corrélation entre classe médicamenteuse et intensité douloureuse.

5.2. CLASSIFICATION

- **Antalgiques anti-nociceptifs**
  - Non opioïdes
    - Paracétamol
    - AINS
  - Opioïdes
    - Codéine / Morphine
    - Oxycodone
    - Hydromoprhone
  - Cannabinoïdes

- **Anti-hyperalgiques**
  - Antagoniste des récepteurs NMDA (Kétamine)
  - Néfopam
  - Antiépileptiques
    - Gabapentine / Prégabaline
    - Lamotrigine, Levetiracetam
  - Monoxyde d'azote NO

- **Modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs ou excitateurs**
  - Antidépressseurs tricycliques
  - Inhibiteurs de la recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

- **Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphériques**
  - Anesthésiques locaux
  - Carbamazépine / Oxcarbazépine
  - Topiramate
  - Capsaïcine

- **Mixtes**
  - Tramadol
  - Tapentadol





6. DOULEUR PERI-OPERATOIRE (SFAR 2016) ET ANALGESIE MULTIMODALE

6.1. EVALUATION DE LA DOULEUR

- **En période préopératoire**, il est recommandé d'**identifier les patients les plus vulnérables à la douleur** (à risque de développer une douleur postopératoire sevère et/ou une douleur chronique post-chirurgicale (DCPC)), en recherchant la présence d'une **douleur préopératoire** y compris en dehors du site opératoire, la **consommation d'opiacés au long court**, des **facteurs chirurgicaux** et psychiques tels que l'**anxiété** ou la **dépression**.
- Il est *probablement* recommandé d'utiliser l'**échelle APAIS** (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale) pour rechercher une anxiété et/ou un besoin d'information en période **préopératoire**.
  - L'état d'**anxiété**, le **stress**, et la **dépression** sont les facteurs psychologiques **les plus à risque d'induire une douleur postopératoire sévère**. Ils jouent un **rôle important dans le développement de la DCPC**.
- Il est recommandé d'identifier les **facteurs de risques postopératoires de chronicisation** de la douleur postopératoire (DPO) en recherchant une **intensité élevée de la DPO** à l'aide d'une échelle numérique, une **prolongation inhabituelle de la DPO**, une **douleur neuropathique précoce** (au moyen d'une échelle DN4), des **signes d'anxiété et/ou de dépression**.

6.2. THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES PERI-OPERATOIRE

- Il est recommandé d'**associer un AINS** non sélectif (AINS-NS) ou un inhibiteur sélectif des cyclo-oxygénases de type 2 (ISCOX2) **à la morphine** en l'absence de contre-indication à l'usage de l'AINS.
- Il est *probablement* recommandé d'administrer la **dexaméthasone IV** à la dose de **8 mg pour diminuer la douleur postopératoire**.
- En **peropératoire**, l'administration de **faible dose de kétamine** chez un patient sous anesthésie générale est recommandée dans les deux situations suivantes :
  - **1/ chirurgie à risque de douleur aiguë intense ou pourvoyeuse de DCPC**
  - 2/ **patients vulnérables à la douleur** en particulier patients sous opioïdes au long cours ou présentant une toxicomanie aux opiacés.

6.3. ANALGESIE MULTIMODALE

- L'**analgésie multimodale** consiste à associer des médicaments et des techniques analgésiques ayant des mécanismes d'action différents,
- Entrainant ainsi des interactions synergiques voire additives,
- Dans un but d'**épargne morphinique** et éventuellement de diminution des effets secondaires des traitements morphiniques.
- Exemple : association AINS – Morphine – Bloc locorégional

Conférences de consensus – Recommandations ITEM 132

Année	Source	Titre
1999	SFAP	Attitude pratique pour la prise en charge de la douleur postopératoire
2000	ANAES	Evaluation et prise en charge de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale
2000	Bulletin officiel	Durée de prescription des morphiniques
2002	SOR	Traitements antalgiques médicamenteux des douleurs cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte
2009	ANAES	Commission de transparence fentanyl
2009	AFSSAPS	Communique : retrait progressif de l'association dextropropoxyphene/ paracétamol
2009	HAS	Evaluation des appareils de neurostimulation électrique transcutanée
2010	SFAR	Analgésie par voie générale
2010	AFSSAPS	Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte
2010	SFAR	Sédation et analgésie en structure d'urgence
2010	SFEDT	Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire
2014	HAS	Les médicaments des accès douloureux paroxystiques du cancer
2016	SFEDT	Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte
2016	SFAR	Réactualisation recommandation sur la douleur postopératoire

Sujet tombé à l'ECN ITEM 132

Année	Contenu
2004	Lumbago. Prise en charge. Prescription de traitement antalgique avec les posologies.
2005	Syndrome occlusif sur cancer du colon
2006	Syndrome cave supérieur sur cancer bronchopulmonaire à petites cellules Radiculalgies, tassement vertébral, canal lombaire étroit
2007	Accès palustre compliqué d'infarctus splénique. Evaluer l'intensité de la douleur. Prise en charge d'une douleur intense, non calmée après l'administration de 1 gramme de paracétamol.
2008	Tassement vertébral sur myélome multiple
2009	Pyélonéphrite aiguë obstructive
2010	Spondylarthrite Ankylosante. Diagnostic et prise en charge globale. Prescription de traitements antalgiques médicamenteux. Rééducation et réadaptation.
2011	Lombosciatique, hernie discale
2014	AVP en moto, fracture ouverte
2016	Patient de 74 ans, cancer métastatique. Introduction d'un traitement opioïde (dose, prévention de la constipation), antalgique spécifique des douleurs neuropathiques, refus de traitement par le patient et réaction du médecin, obstination déraisonable, personne de confiance, procédure collégiale, consultant, directives anticipées, prescriptions anticipées

UE 5
Item 133

Chapitre 11

ANESTHESIE LOCALE, LOCOREGIONALE ET GENERALE

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- ***Argumenter les indications, les modalités, les contre-indications et les risques d'une anesthésie locale, locorégionale ou générale.***
- ***Connaître l'analgésie obstétricale.***
- ***Préciser les obligations réglementaires à respecter avant une anesthésie.***

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- ***Réglementation de l'anesthésie (médico-légal) : consultation pré-anesthésique, visite pré-anesthésique, dossier d'anesthésie, surveillance post-interventionnelle (SSPI)***
- ***Type d'anesthésie locale (topique, par infiltration), loco-régionale (loco-régionale intra-veineuse, tronculaire) et générale***
- ***Déroulement anesthésie générale : préparation, induction, ventilation, entretien, surveillance, réveil***
- ***Trois classes médicamenteuses de l'anesthésie générale : hypnotiques, analgésiques, curares***

Pour mieux comprendre

- L'anesthésie est un ensemble d'actes médicaux permettant au patient de subir des actes diagnostiques ou thérapeutiques douloureux sans en subir le préjudice.
- Acte médical, assurant un état de sédation, d'analgésie et de relâchement musculaire compatible avec la réalisation d'un acte invasif diagnostique et thérapeutique.
- Des obligations médico-légales encadrent l'anesthésie en pré, per et post-opératoires et limitent les risques potentiels (mortalité : 1/20 000)
- On distingue différents types d'anesthésie : l'anesthésie générale provocant une perte de conscience, et les anesthésies locales ou locorégionales.

<u>**Plan du chapitre :**</u>

1. Généralités:
   1- Pour comprendre
   2- Obligations légales
   3- Avant l'anesthésie
   4- Après l'anesthésie
2. Anesthésie locale :
   1- Anesthésie topique
   2- Anesthésie par infiltration

ITEM 133

1. GENERALITES

1.1. POUR COMPRENDRE

1.1.1. DEFINITION DE L'ANESTHESIE

Définition :

- Ensemble d'**actes médicaux**
- **Permettant au patient de subir des actes diagnostiques ou thérapeutiques douloureux**
- **Sans** en subir le **préjudice**
- La priorité étant de **garantir la sécurité** des patients

Sujets concernés :

- **Tous** : enfants et adultes
- Après **élimination des contre-indications**

Types d'anesthésie : générale, loco-régionale, locale

1.1.2. EPIDEMIOLOGIE DE L'ANESTHESIE

8 millions d'actes anesthésiques par an :

- **75%** d'anesthésies **générales**
- 25% d'anesthésies loco-régionales

Mortalité :

- **1/20.000**
- Augmente en fonction des facteurs de risque

1.1.3. TYPE D'ANESTHESIE

Locale

- **Topique**
- Par **infiltration**

Loco-régionale

- Anesthésie **péri-médullaire :**
- Anesthésie **péridurale**
- **Rachianesthésie**
- Anesthésie **tronculaire**
- Anesthésie **loco-régionale intra-veineuse**

Générale

- AG profonde : perte totale de conscience
- Sédation : altération subtotale de la conscience





1.2. OBLIGATIONS LEGALES

1.2.1. DOSSIER D'ANESTHESIE (Référentiels des pratiques professionnelles selon la Haute Autorité de Santé)

- Tous les documents du dossier d'anesthésie comportent : le **nom** patronymique du patient, le **prénom** et la **date de naissance**.
- A chaque étape du processus anesthésique (consultation pré-anesthésique, visite pré-anesthésique, période per-anesthésique, salle de surveillance post-interventionnelle), le **nom du médecin anesthésiste-réanimateur** intervenant est clairement identifié.
- Les **traitements habituels** du patient ou l'absence de traitement sont mentionnés dans le dossier ainsi que la conduite à tenir avant l'anesthésie (arrêt, relais, maintien, modifications de posologies).
- **A l'issue de la consultation pré-anesthésique**, il existe dans le dossier une **synthèse explicite du risque anesthésique compte tenu de l'intervention envisagée.**
- Le **dossier de consultation pré-anesthésique** contient une **conclusion indiquant le protocole de prise en charge** anesthésique proposé au patient, avec mention des éléments de la **discussion du bénéfice-risque.**
- Une trace écrite de la **visite pré-anesthésique valide le protocole de prise en charge anesthésique proposé à la consultation pré-anesthésique.**
- Le dossier d'anesthésie précise en **pré- et en per-opératoire les conditions d'abord des voies aériennes**.
- L'existence ou l'absence d'**incidents ou d'accidents péri-anesthésiques** est mentionnée dans une **rubrique spécifique** du dossier d'anesthésie.
- Il existe dans le dossier d'anesthésie un **examen ou des critères cliniques autorisant la sortie du patient de SSPI (salle de surveillance post-interventionnelle).**
- Les **prescriptions pour les 24 premières heures post-anesthésiques** sont explicitement **rédigées, horodatées et signées à la sortie de SSPI.**

1.2.2. OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES

Pré-anesthésie :

- Consultation pré-anesthésique
- Visite pré-anesthésique
- **AUCUN examen complémentaire n'est indispensable**

Per-anesthésique : (cf ci-après selon le type d'anesthésie)

Post-anesthésique :

- **Surveillance post-interventionnelle** en salle de surveillance post-interventionnelle ou de réveil (SSPI)

1.3. AVANT L'ANESTHESIE

1.3.1. CONSULTATION PRE-ANESTHESIE (Plusieurs jours avant)

Obligations réglementaires :

- **Obligatoire SI INTERVENTION PROGRAMMEE**
- Doit être réalisée plusieurs jours **(> 48h) avant l'intervention**
- Par un médecin anesthésiste (pas nécessairement celui qui réalisera l'anesthésie !!)
- (Elle est donc facultative en cas d'urgence)

Objectifs :

- Evaluation du risque opératoire, rapport bénéfice / risque
- Rechercher d'éventuelles contre-indications
- Décider du protocole anesthésique
- Informer le patient et obtenir son consentement éclairé

Adaptation du traitement habituel :

- *Questions facilement tombables aux ECNi*
- Avant un acte chirurgical programmé :
  - **Arrêt des anti-TNFα**, reprise quand cicatrisation complète
  - **Arrêt de la pilule œstro-progestative**
  - **Arrêt de la metformine**
  - **Arrêt des IEC, sartans et AINS**…
- De même, il apparait néfaste d'arrêter certains traitements
  - **Jamais d'arrêt brutal d'une corticothérapie** au long cours
  - **Jamais d'arrêt des antirétroviraux** dans le VIH…

1.3.2. CONSULTATION PRE-ANESTHESIE (Plusieurs jours avant)

Déroulement et modalités de la consultation :

- *Interrogatoire :* Les éléments les plus importants à recueillir sont…
  - Les antécédents médicaux notamment allergiques
  - Les antécédents chirurgicaux (transfusion, intubation difficile…)
  - Les traitements (anticoagulants etc.)
  - Le mode de vie (évaluation du **risque infectieux** VIH, VHC, VHB)
- *Examen clinique complet :*
  - **Seul examen obligatoire**
  - Données anthropométriques : **poids, taille, IMC**
  - Examen des **voies aériennes supérieures**
  - Examen oculaire → **Kératite d'exposition**
  - Examen dentaire → **Intubation**
  - Examen veineux → **Recherche de voies d'abord**
- *Recherche de critères d'intubations difficiles :*
  - **Antécédents** d'intubations ou de ventilations difficiles
  - **Degrés d'ouverture de la bouche : Score de Mallampati**
  - Etat **dentaire** : **prothèses**, dents mobiles…
  - Mobilité du **rachis cervical**
- *Information orale et écrite :*
  - Expliquer les différentes **techniques d'anesthésie** et leurs risques
  - De la possibilité de **transfusion sanguine**
  - Nécessité du **jeûne préopératoire : 6h pour les solides, 2h pour les liquides et le tabac** (risque de vomissement lors de l'induction, et d'inhalation bronchique par perte du réflexe protecteur)
  - Risques anesthésiques, allergiques, transfusionnels

Examens complémentaires :

- **AUCUN examen complémentaire n'est indispensable**
- Chez l'enfant, on ne réalise pas de bilan sanguin systématiquement
- Chez l'adulte, un bilan sanguin ainsi qu'un ECG et une radiographie pulmonaire sont souvent réalisés, mais ne sont pas légalement indispensables

Evaluation du score ASA :

- *ASA 1* = Patient sain
- *ASA 2* = Affection **systémique modérée** sans répercussion (HTA contrôlée…)
- *ASA 3* = Affection **systémique sévère** (angor, BPCO, atcd d'IDM…)
- *ASA 4* = Affection avec **risque vital permanent** (Insuffisance cardiaque sévère…)
- *ASA 5* = Espérance de vie **< 24h sans intervention**
- *ASA 6* = Etat de mort encéphalique



1.3.3. VISITE PRE-ANESTHESIQUE (Quelques heures avant)

Obligations réglementaires :

- **Obligatoire dans les heures précédant l'intervention**
- **Par le médecin anesthésiste-réanimateur qui va réaliser l'anesthésie**

Objectifs :

- Vérifier l'**absence de contre-indication** à l'anesthésie **en prenant en compte les différentes consultations spécialisées et les examens prescrits.**
- **S'assurer que le patient est bien à jeun**
- **Recherche d'un événement récent** non signalé (fièvre, infection…).
- **Mise en route d'un éventuel traitement** qui accompagnera le geste chirurgical.
- **Prémédication** :
  - Anxiolytique, sédatifs (Midazolam, Hydroxyzine)
  - Parasympatholytiques : atropine, scopolamine

EVALUATION DU RISQUE OPERATOIRE	DESCRIPTIFS
FACTEURS CHIRURGICAUX	**Critères :** • **Type de l'intervention** • **Pertes hémorragiques** • **Amputation fonctionnelle secondaire** à l'exérèse chirurgicale • **Modifications circulatoires** peropératoires • …
FACTEURS LIES AU PATIENT	**Critères :** • Antécédents médicaux • Données de l'examen clinique • Score ASA
TERRAIN CARDIO-VASCULAIRE	**Critères :** • **Cardiopathie,** d'autant plus que l'atteinte cardiaque est grave ou instable. • **Equilibre tensionnel** pré-opératoire • **Complications de l'hypertension artérielle ou l'équilibre du diabète** • L'ischémie myocardique post-opératoire le plus souvent silencieuse est un facteur de risque majeur d'infarctus.
TERRAIN RESPIRATOIRE	**Difficulté d'intubation (SFAR, 2002) :** • La **recherche de facteurs morphologiques faisant suspecter une difficulté d'intubation** est donc systématique au cours de l'évaluation pré-opératoire. • **Signes prédictifs d'une intubation difficile (ID) : 3 critères anatomiques :** - **Classe de Mallampati** (> 2) - **Distance thyro-mentale** (< 65 mm) - **Ouverture de bouche** (< 35 mm) • Complétés par l'évaluation de la **proéminence des incisives supérieures, de la mobilité mandibulaire et cervicale** • Les critères paracliniques n'ont pas démontré leur intérêt dans le dépistage d'une intubation difficile **Décompensation respiratoire :** • Les **facteurs de risque** identifiés sont l'**intoxication tabagique**, l'existence d'une **dyspnée d'effort** et la **broncho-pneumopathie chronique obstructive**

ALLERGIE	**Allergènes :** • **Curares** • **Latex** – **Attention aux allergènes croisés avec le latex : banane,** kiwi, avocat, figue, **châtaigne,** fruit de la passion • **Antibiotiques** • **Hypnotiques** • **Morphiniques** **Méthodes d'évaluation :** • La **consultation d'allergologie au décours de tout événement per-anesthésique suspecté allergique** est fondamentale • Pour les patients n'ayant jamais subi d'anesthésie, en dehors de l'allergie au latex et de ses allergies croisées, les antécédents d'allergie médicamenteuse et d'atopie ne permettent pas de prédire le risque anaphylactique per-anesthésique.

1.4. APRES L'ANESTHESIE

1.4.1. SALLE DE SURVEILLANCE POST- INTERVENTIONNELLE

En SSPI le patient bénéficie :

- D'une **surveillance clinique et instrumentale**
- **Constante**
- **Adaptée** à son état
- Qui doit être **consignée par écrit** : l'ensemble de la surveillance, de l'évolution du patient, des prescriptions, ainsi que l'heure d'entrée et de sortie de la SSPI, doit être retranscrit par écrit

Elle concerne en particulier :

- L'état de **conscience** et l'examen **neurologique**
- L'**oxygénation et la ventilation** :
  - **Fréquence** respiratoire
  - **Amplitude** et symétrie des mouvements thoraciques
  - **Oxymétrie** de pouls
  - Surveillance du **ventilateur**
- La **circulation** : Fréquence cardiaque, pression artérielle, ECG
- L'état **digestif** : Sonde nasogastrique, nausées / vomissements
- L'état **urinaire** : Sonde vésicale, globe, diurèse spontanée
- La **zone opératoire** : Pansements, drains, pertes sanguines
- La **douleur** : Echelles visuelle analogique, titration +/- PCA
- Les **accès vasculaires**, la nature et le débit des perfusions
- La **température**, réchauffement avec couverture chauffante

1.4.2. SORTIE DE LA SURVEILLANCE POST- INTERVENTIONNELLE

- **Le retour vers l'unité d'hospitalisation devient possible lorsque les paramètres physiologiques se sont normalisés** : la surveillance des grandes fonctions (neurologique, respiratoire, circulatoire) aboutit à l'établissement du score d'Aldrete modifié ;
- Un **score d'Aldrete modifié supérieur ou égal à 9 autorise la sortie de la SSPI.**





2. ANESTHESIE LOCALE

2.1. ANESTHESIE TOPIQUE

2.1.1. GENERALITES

- **2 types d'anesthésie locale :**
  - **Anesthésie topique :** application locale sur peau / Plaie / Muqueuse
  - **Anesthésie par infiltration :** injection intra-dermique ou sous-cutanée
- **Réalisation :**
  - Possible par TOUT médecin
  - Indiquée si biopsie, chirurgie de surface, endoscopie, ophtalmologie

2.1.2. TOPIQUES

- **EMLA®**
- **Lidocaïne topique**
- **Tétracaïne (collyre pour cataracte)**

2.1.3. E M L A®

Définition

- **E**uretic **Mi**xture of **L**ocal **A**nesthesics
- Mélange équimolaire de **deux anesthésiques : lidocaïne et prilocaïne**
- Application topique sous forme de **crème**

Mécanisme d'action

- **Application cutanée**
- Diffusion à travers l'épiderme, le derme
- Atteinte de l'hypoderme et des terminaisons nerveuses sensitives

Pharmaco-dynamique

- Anesthésie **obtenue en 60 à 90 minutes**
- **Sur 3 mm de profondeur en 1h et 5 mm en 2h**
- **Persiste 1 à 2 h**

Indications

- **Anesthésie par voie percutanée :**
- Avant ponctions : PL, ponctions veineuses…
- Avant chirurgies superficielles : laser ou non
  Anesthésie des muqueuses génitales de l'adulte (biopsies…)
  Anesthésie locale des ulcères de jambe (détersion)

Contre- indications

- **Affections contre-indiquant l'anesthésie topique :**
- **Porphyries**, méthémoglobinémie congénitale
- Application dans le conduit auditif externe en cas de lésion tympanique*
- **Allergie**
- **Question ECNi séléctive :** lors d'une perforation tympanique…
- Sont contre-indiqués :
  - **Les aminosides, la colistine, la polymixine**
  - **Les corticoïdes et la lidocaïne**
- Sont possibles :
  - **La rifamycine et l'oflogouttes**

Précautions d'emploi

- **Absence de lésion cutanée atopique**
- Ne **pas appliquer sur l'œil**

Effets secondaires

- **Locaux** : pâleur, érythème, œdème, prurit
- Surdosage

2.1.4. LIDOCAINE TOPIQUE

Définition

- **Anesthésique local : lidocaïne**
- Plusieurs présentations :
  - Solution d'instillation ou de **tamponnement** (méchage)
  - **Pulvérisation** locale (endoscopie nasale)
  - **Visqueux** (gel pour anesthésie gingivale)
  - **Gel urétéral** stérile

Contre- indications

- **Allergie**
- Porphyrie
- Infection ou traumatisme de la zone concernée
- Moins de 6 ans pour le produit à concentration à 5%

Précautions d'emploi

- **Précautions si infection ou traumatisme de la zone concernée** (risque de résorption non souhaitée)
- **Pas de boisson ni alimentation si anesthésie bucco-pharyngo-laryngée (risque de fausse route)**

Effets secondaires

- Allergie
- **Anesthésie bucco-pharyngo-laryngée et fausse route**
- Surdosage

2.2. ANESTHESIE PAR INFILTRATION

2.2.1. DEFINITION

- Molécules :
- **Anesthésique : lidocaïne**
- **+/- Adrénaline 1 ou 2% SAUF SI EXTREMITES (risque de nécrose)**

2.2.2. MECANISME D'ACTION

- Résorption rapide par voie sous-cutanée
- Ralenti par les vasoconstricteurs
- Diffusion à l'ensemble des tissus

2.2.3. PHARMACODYNAMIQUE

- **Court délai d'action : 2 à 5 minutes**
- Durée : **60 à 90 minutes**

2.2.4. INDICATIONS

- **Suture** de plaie, effraction cutanée
- **Ponction, biopsie** rénale, hépatique…
- Gestes **dentaires**
- **Chirurgie légère superficielle**





2.2.5. CONTRE-INDICATIONS

- **Allergie**
- **Porphyrie**
- Epilepsie non contrôlée
- Trouble auriculo-ventriculaire non appareillé
- Enfant de moins de 30 mois
- Patient sous anticoagulants…

2.2.6. PRECAUTIONS D'EMPLOI

- **Injection lente** avec **test d'aspiration**
- Savoir **attendre**
- Garder le **contact verbal++++**
- **Ne pas montrer les instruments**
- **Parler pour couvrir les bruits anxiogènes**
- Bien **respecter la dose maximum**
- **Limiter les produits adrénalinés aux extrémités**

2.3. TOXICITE ET SURDOSAGE DES ANESTHESIQUES LOCAUX

2.3.1. TOXICITE LOCALE

- Lidocaïne adrénalinée : vasoconstriction voire nécrose cutanée / digitale

2.3.2. TOXICITE GENERALE

Signes de surdosage :

- Paresthésie des extrémités
- Gout métallique dans la bouche
- Sensation ébrieuse
- Céphalées, acouphènes, somnolence

Effets secondaires :

- **Cardiaques :** troubles de conduction (bradycardie, BAV) et troubles du rythme (TV-FV)
- **Neurologiques :** convulsions, coma, nystagmus
- **Allergiques :** surtout aminoesters (2e intention dans les AL par infiltration)

2.3.3. DOSES MAXIMALES

Lidocaïne :

- 300 mg chez l'adulte
- 4 mg/kg chez l'enfant

EMLA :

- 50 g sur la peau
- 10 g sur les muqueuses
- 0,15 mg/kg chez l'enfant

3. ANESTHESIE LOCO-REGIONALE

3.1. ANESTHESIE LOCO-REGIONALE (ALR) INTRAVEINEUSE

3.1.1. DEFINITION

Anesthésie loco-régionale :

- **Injection** d'un **anesthésique local** par voie **IV**
- **Imprégnant un segment de membre**
- **Sans altérer la conscience du patient (ventilation spontannée)**

3.1.2. MODALITES D'UTILISATION

Anesthésiant :

- Lidocaïne à 0.5% (30 à 40 mL), Bupivacaïne…
- **Ne jamais utiliser de solution adrénalinée**
- La **durée** doit être **supérieure à 30 minutes** et **inférieure à 60 minutes.**

3 types de blocs en fonction des fibres bloquées :

- Successivement **bloc sympathique → bloc sensitif → bloc moteur**
- La régression des **blocs se fait en sens inverse**
- La profondeur des blocs se fait en fonction de la concentration de l'AL

3.1.3. TYPES DE BLOCS

<u>Centraux</u>

Blocs centraux = Anesthésie médullaire

- Chirurgie abdominales, urologiques, gynéco-obstétriques
- **Diminution des saignements post-opératoires, diminution des risques thrombo-emboliques**
- **Effets secondaires** :
  - Hématome péridural, méningites, toxicité des AL
  - Hypotension **(bloc sympathique = vasoplégie +++)**
  - Céphalées si rupture de la dure mère…

Rachianesthésie :

- C'est **le type d'ALR le plus pratiqué en France**
- Injection intrathécale **en L4-L5**
- Au **contact des racines et de la moelle**
- Permet de **couvrir les 3 blocs**
- L'anesthésie **dure 4h**
- Inconvénient : injection unique (≠ péridurale), bloc **sympathique intense** (donc risque d'hypotension)

Péridurale :

- Injection péridurale **(AVANT la dure mère)**
- Au contact **des racines uniquement**
- **Avec pose d'un KT** (donc injection en continue possible, voire plusieurs injections)
- N'augmente **pas le risque de césarienne** !
- Mais risque **d'hypotension maternelle et donc fœtale à cause du bloc sympathique** (= remplissage voire éphédrine)

Combinaison des 2 techniques = péri-rachi anesthésie

Intrathécale = au sein d'une cloison, ici la dure mère (donc dans l'espace arachnoïdien)

<u>Périphériques</u>

Blocs plexiques ou tronculaires

Indications : surtout en chirurgie orthopédique et ophtalmologique
Repérage sous échographie
Avantage : précis, efficace, **PAS DE BLOCS SYMPATHIQUE**
Inconvénient : difficile, échecs possibles, vécu du patient

3.1.4. INDICATION

- **La chirurgie d'urgence** :
  - **De l'avant bras et de la main**
  - **D'une durée de 60 minutes.**

3.1.5. CONTRE-INDICATIONS

- **Les blocs de conduction intra-cardiaque.**
- **L'infection** du membre concerné.
- **L'anémie falciforme** qui provoque l'ischémie du membre (drépanocytose).

ITEM 133

4. ANESTHESIE GENERALE

4.1. PRINCIPES GENERAUX

4.1.1. GENERALITES

Définitions : toute anesthésie entrainant une altération de la conscience est une AG
Selon la profondeur de l'AG on distingue :

- **L'AG profonde :** perte totale de conscience (opioïdes – hypnotiques – curares)
- **Sédations :** « anesthésie vigile », comme dans les coloscopie (hypnotique seul)

4.1.2. GRANDES ETAPES

- **Pré-anesthésie** :
  - **Consultation d'anesthésie**
  - **Visite préanesthésique**
  - **Préparation à l'intervention**
- **Per-anesthésique** : (la période de l'intervention)
  - L'**induction + ventilation**
  - L'**entretien + surveillance**
  - Le **réveil**
- **Post-anesthésique** : (les soins post-opératoires)
  - En **salle de surveillance post-interventionnelle ou de réveil (SSPI)**
  - En **soins intensifs**
  - En **réanimation chirurgicale**

4.1.3. 3 COMPOSANTES DE L'AG = 3 CLASSES THERAPEUTIQUES

Analgésie

Limite les réponses somatiques et du système nerveux autonome aux stimuli nociceptifs
= Morphinique type Sufentanyl (Morphine uniquement en post-op)

Sommeil Amnésie

Hypnotiques

- Par **voie veineuse** :
  - Barbituriques d'action rapide (Penthotal...)
  - Non barbituriques (Propofol)

- Par **inhalation** :
  - Gaz
  - Vapeurs = anesthésiques halogénés

Myorelaxation

Curares

- Dépolarisants
- Non dépolarisants :
  - Courte durée d'action
  - Longue durée d'action

SCORES

Score de somnolence (conscience)	
S0	Bien **éveillé**
S1	Un peu **somnolent**
S2	Somnolent, mais **éveillable si on lui parle**
S3	Très somnolent, **éveillable seulement par stimulation tactile**

Score de respiration	
R0	**Régulière**, FR **> 10/min**
R1	**Ronflement** mais FR **> 10/min**
R2	**Irrégulière**, FR **< 10/min**
R3	**Pauses, apnées**

4.2. DEROULEMENT DE L'ANESTHESIE GENERALE

4.2.1. PREPARATION DU PATIENT

Entrée en salle :

- **Vérification de l'identité** du patient
- **Installation** du patient : positions et compressions ++
- Mise en place du **monitorage** : Scope cardiaque, pression artérielle…
- **Vérification de l'ensemble du matériel** de ventilation
- **Information du patient** sur le déroulement immédiat

Equipement minimal OBLIGATOIRE

- VVP + ECG + Brassard à tension + Saturomètre en O2
- Quel que soit le type d'anesthésie !

En cas d'anesthésie générale :

- Monitoring respiratoire, sonde thermique
- Curamètre, moniteur de profondeur d'anesthésie

Les 2 moments où la présence d'un médecin anesthésiste est obligatoire :

- L'**induction**
- Le **réveil**

4.2.2. INDUCTION + VENTILATION

Induction :

- Par **inhalation**
- Par **voie veineuse** selon la **séquence** particulière :
  - **Morphiniques**
  - **Hypnotique**
  - **+/- Curare**





Ventilation :

- Canule de **Guedel systématique**
- **Moyens** :
  - **Masque facial**
  - Masque laryngé
  - **Intubation endo-trachéale** :
    - Au **laryngoscope**
    - Aidé du fibroscope si difficulté prévisible
    - **Vérification systématique par auscultation pulmonaire**
    - **Fixation de la sonde**
  - Jet ventilation
- **Méthode :**
  - **Spontanée**
  - Assistance manuelle au **ballon (AMBU)**
  - Assistée et **contrôlée par respirateur**

4.2.3. ENTRETIEN + SURVEILLANCE

Entretien :

- **Par inhalation : mélange O_2, N_2O, halogénés**
- **Par voie veineuse**

Surveillance :

- **Les « tuyaux » :**
  - **Scope** cardiaque
  - **Tension** artérielle
  - **Oxymètre** de pouls
  - **Sonde d'intubation, ventilation** assistée
  - Voie veineuse
  - Sonde gastrique
  - Sonde urinaire
- **2 Paramètres vitaux essentiels :**
  - **Etat hémodynamique :**
    - **Pression artérielle**
    - **Fréquence cardiaque**
  - **Etat respiratoire :**
    - **Oxymètre** de pouls
    - **Fréquence** respiratoire
    - **Auscultation pulmonaire** et amplitude thoracique (efficacité de l'IVA, éliminer le caractère sélectif…)
    - **Respirateur : circuit, volume, pressions, mélange des gaz, alarmes**
- **Profondeur de l'anesthésie :**
  - S'apprécie **durant toute l'intervention**
  - Relative aux variations de **pression artérielle** et de **fréquence cardiaque.**
- **Température :**
  - Maintenir la température du corps proche de la température normale
- **Pertes corporelles :**
  - Diurèse : compenser les pertes **hydriques** et **sodées**
  - Aspiration : compenser les pertes **hémorragiques** (en sang).
- **Occlusion oculaire**
- **Consignation de l'ensemble des examens dans le dossier d'anesthésie**

4.2.4. REVEIL

Moyens

- **Arrêt :**
  - Interruption de la délivrance des gaz
  - Interruption des perfusions IV
- **Réversion si curares :**
  - **Anticholinestérasiques (prostigmine)**
- **Associé à de l'atropine**

Signes de réveil

- **Neurologique :**
  - Réflexe photomoteur
  - **Réflexe pharyngo-laryngé**
  - **Réflexe à la douleur**
  - Mobilité active
  - **Retour à la conscience**
- **Cardiaque :**
  - **Tachycardie**
  - Normalisation de la **TA**
- **Respiratoire :**
  - Respiration **spontanée**

Extubation

- Sur **table**
- Ou **transfert intubé** en S. S. P. I.

4.2.5. SALLE DE SURVEILLANCE POST- INTERVENTIONNELLE

En SSPI le patient bénéficie :

- D'une **surveillance clinique et instrumentale**
- **Constante**
- **Adaptée** à son état

Elle concerne en particulier :

- L'état de **conscience** et l'examen **neurologique**
- L'**oxygénation et la ventilation** (la surveillance est renforcée lors du sevrage du ventilateur et dans les suites de l'extubation trachéale) :
  - **Fréquence** respiratoire
  - **Amplitude** et symétrie des mouvements thoraciques
  - **Oxymétrie** de pouls
  - Surveillance du **ventilateur**
- La **circulation** :
  - **Fréquence** cardiaque
  - **Pression** artérielle
  - **Moniteur ECG**
- L'état **digestif** :
  - Sonde gastrique
  - Existence de nausées et vomissements
- L'état **urinaire** :
  - Sonde vésicale
  - Globe vésical
  - Diurèse spontanée
- Les **accès vasculaires**, la nature et le débit des perfusions





- La **zone opératoire** :
  - **Pansements**
  - **Drains**
  - **Pertes sanguines**
- La **température**, la couverture chauffante
- La **douleur** :
  - **Echelle** visuelle analogique, échelle verbale simple
  - **Titration avant mise en route d'une PCA**

4.2.6. SORTIE DE LA SURVEILLANCE POST- INTERVENTIONNELLE

- **Le retour vers l'unité d'hospitalisation devient possible lorsque les paramètres physiologiques se sont normalisés** : la surveillance des grandes fonctions (neurologique, respiratoire, circulatoire) aboutit à l'établissement du score d'Aldrete modifié ;
- Un **score d'Aldrete modifié supérieur ou égal à 9 autorise la sortie de la SSPI.**
- Ce score ne tient cependant pas compte de facteurs également importants comme la douleur, les nausées ou les vomissements.

SCORE D'ALDRETE MODIFIE (Pour information)

SIGNES CLINIQUES	DETAILS	SCORE
ACTIVITE MOTRICE	Mobilise ses quatre membres Mobilise deux membres Aucun mouvement	2 1 0
RESPIRATION	Grands mouvements respiratoires Efforts respiratoires limités ou dyspnée Aucune activité respiratoire spontanée	2 1 0
ACTIVITE CIRCULATOIRE	PA systolique +/- 20% valeur pré-opératoire PA systolique +/- 20-50% valeur pré-opératoire PA systolique +/- 50% valeur pré-opératoire	2 1 0
CONSCIENCE	Complètement réveillé Réveillé à l'appel de son nom Aucun réveil à l'appel	2 1 0
SPO_2	> 92% à l'air Complément d'O_2 nécessaire pour SpO_2 > 90% < 92% avec complément O_2	2 1 0

STADE DE REVEIL (pour information)

STADE DE REVEIL	NIVEAU DE RECUPERATION	METHODES D'EVALUATION	OBJECTIFS
REVEIL IMMEDIAT	**Conscience et réflexes vitaux**	**Score d'Aldrete**	**Sortie SSPI**
REVEIL INTERMEDIAIRE	**Activité psychomotrice** (coordination, station debout, marche…)	**Tests psychomoteurs** (test de traçage, ailes de Maddox, temps de réaction)	**Retour au domicile** (chirurgie ambulatoire)
REVEIL COMPLET	**Fonctions cérébrales supérieures** (activités cognitives)	**Tests psycho-cognitifs** (mémoire, attention, raisonnement, planification…)	**Activité sociale,** prise de décision, conduite automobile…

4.3. COMPLICATIONS

4.3.1. COMPLICATIONS GENERALES

Cardiovasculaire :

- Trouble du rythme cardiaque (halogénés, adrénaline)
- **Hypotension** artérielle (drogues + saignements + vasoplégie…)
- **Choc** hypovolémique (par hémorragie)

Pulmonaire :

- **Echec d'intubation, Intubation sélective**
- **Spasme** laryngé ou bronchique
- **Embolie pulmonaire** : fibrino-cruorique, gazeuse (cœlioscopie), ciment (orthopédie), amniotique (obstétrique)
- Inhalation bronchique (Syndrome de Mendelsson) → Si intubation « estomac plein » (attention une femme enceinte est considérée comme ayant l'estomac plein en permanence à partir de T2) = induction en séquence rapide **« crush induction »**
- Granulome des cordes vocales (à distance)

Générale :

- **Hypothermie, hyperthermie maligne (aux halogénés ++)**
- **Choc anaphylactique (curares > latex > ABT)**
- Complications infectieuses
- Porphyrie

4.3.2. SITUATION HEMORRAGIQUE PER-OPERATOIRE

Prévention :

- Bilan sanguin **pré-opératoire (hémostase et groupage)**

Traitement :

- Diminuer le saignement :
  - **Abaisser artificiellement la pression artérielle durant l'opération.**
- Compenser le saignement :
  - On peut transfuser des **culots globulaires.**
  - Avant l'opération, on peut prélever au patient du sang qui lui sera restitué durant l'intervention.
  - On peut récupérer le sang perdu et le transfuser au fur et à mesure (autotransfusion).

ITEM 133

5. ANESTHESIE MEOPA CHEZ L'ENFANT

5.1. DEFINITION

- Mélange de **50% de protoxyde d'azote et de 50% d'oxygène.**
- Utilisé comme **antalgique lors de la réalisation de certains gestes douloureux** : réfection de pansements, réduction de luxation ou d'autres **soins douloureux**.
- Peut être utilisé aussi bien chez l'**adulte** que chez l'**enfant**.
- **Effet très rapide**, le maximum de l'action étant atteint dès la 5ème minute.
- La **réversibilité est également très rapide**, en moins de 5 minutes.

5.2. EFFETS CLINIQUES

- **Anxiolytique et Analgésie** de surface
- Amnésie légère
- **Sédation consciente**
- **Réflexe de déglutition conservé**

5.3. CONTRE- INDICATIONS

Le MEOPA diffuse dans les cavités closes et en augmente la pression, il est donc contre-indiqué devant…

- Toute anomalie de la conscience
- Pneumothorax, bulles d'emphysème
- Patient nécessitant une ventilation en oxygène pur.
- **Epanchement aérique** non drainé, notamment intra-crânien ou pneumothorax ou emphysème bulleux ou pneumopéritoine.
- **Hypertension intra-crânienne**

5.4. UTILISATION

Inhalation continue pendant 3 minutes

- **Durée maximale = 30 minutes en gardant un contact verbal**
- **Surveillance clinique**
- Local ventilé
- Matériel d'administration vérifié
- Formation des personnels
- Sur prescription médicale
- Administration par une IADE si morphine et/ou BZD associées

5.5. EFFETS INDESIRABLES

- **Nausées** – Vomissements
- Effets **euphorisants** importants

ITEM 133

6. PHARMACOLOGIE DES PRODUITS ANESTHESIANTS

6.1. PRINCIPALES CLASSES MEDICAMENTEUSES

6.1.1. MORPHINIQUES

Opioïdes purs :

- Fort : Morphine, Hydromorphone, Oxycodone, Fentanyl, Méthadone
- Faibles : Codéine et Lamaline

Partiels : Buprénorphine

Agonistes – antagonistes : Nalbuphine

Antagonistes : Naloxone

6.1.2. HYPNOTIQUES

Par voie veineuse :

- **Barbituriques d'action rapide :**
  - Thiopenthal
  - Métohexital
- **Non barbituriques :**
  - Propofol
  - Etomidate
  - Ketamine
  - Benzodiazépines : Midazolam

Par inhalation :

- **Gaz :**
  - Protoxyde d'azote = N_2O
- **Vapeurs = anesthésiques halogénés :**
  - Isoflurane
  - Sévoflurane
  - Desflurane

6.1.3. CURARES

Dépolarisants : Succinylcholine (célocurine)
Non dépolarisants

6.2. HYPNOTIQUES

6.2.1. THIOPENTHAL

Généralités :

- **Barbiturique** soufré
- Effet **très irritant en cas d'injection extra-vasculaire** (pH de 10,5)
- Liposoluble = **diffusion rapide à travers la barrière hémato-encéphalique**

2 indications : Anesthésie (induction et entretien) et état de mal convulsivant
Effets secondaires : nécrose cutanée, phlébothrombose, histaminolibératio (anaphylaxie)

6.2.2. KETAMINE

Généralités :

- Seul antagoniste puissant du récepteur à la NMDA
- Utilisé aussi comme antalgique à faible dose

Pharmacodynamie :

- **Cardiaque :** tachycardie, hypertension artérielle
- **Pulmonaire :** bradypnée, bronchodilatation
- **SNC :** anesthésie, analgésique, hallucinations

Indications :

- Très utile car anesthésiant **NON VASOPLEGIANT**
- +++ si choc, hypotension, contexte cardiaque
- (2 molécules utiles **si vasoplégie = Kétamine et Etomidate**)

Effets secondaires : pro-convulsivant, hallucinations





6.2.3. MIDAZOLAM

Généralités : Benzodiazépine injectable

Pharmacodynamie :

- **Cardiaque : pas de dépression myocardique**
- **Pulmonaire :** Dépression respiratoire

Contre-indications classiques des benzodiazépines :

- Insuffisance rénale ou hépatique sévère
- Myasthénie
- Syndrome d'apnée du sommeil

Antécédent de réaction paradoxale aux benzodiazépines

6.2.4. AGENTS INHALES

2 types d'agents par inhalation :

- **Gaz :** Protoxye d'azote
- **Vapeurs (halogénés) :** Isoflurane, Sévoflurane, Desflurane

Leur puissance est proportionnelle à la liposolubilité (passage barrière alvéolo-capillaire puis hémato-encéphalique)

Effets secondaires :

- Arythmogènes, dépression cardio-respiratoire
- **Hyperthermie maligne** aux halogénés
- Hépatites graves

Particularités du protoxyde d'azote : éviter si pneumothorax ou bulles d'emphysème

6.2.5. EN PRATIQUE

- Ne pas essayer de retenir par cœur la pharmacodynamie de chacun des hypnotiques
- Essayez plutôt de retenir les spécificités importantes (Kétamine et Etomidate si vasoplégie, hyperthermie maligne des halogénés, contre-indications des BZD…)

6.3. CURARES

6.3.1. GENERALITES

Mécanisme d'action :

- Bloquent **la fixation de l'acétylcholine sur le récepteur nicotonique post-synaptique**
- = Blocage de **la transmission neuro-musculaire au niveau de la plaque motrice**

Il existe 2 types de myorelaxants :

- Agents **dépolarisants** :
  - Se fixent sur le récepteur à l'acétylcholine
  - Dépolarisent la plaque motrice en provoquant initialement des fasciculations.
  - Et bloquent le récepteur
- Agents **non dépolarisants** :
  - Se lient au récepteur
  - Empêchent la fixation de l'acétylcholine par effet compétitif (sans provoquer de fasciculations)

6.3.2. TYPES

Dépolarisants : Succinylcholine (célocurine)

Non dépolarisants

6.3.3. OBJECTIFS

Paralysie des muscles oropharyngés et du larynx :

- Pour pratiquer une **intubation trachéale** dans des conditions idéales d'exposition et de relaxation de la musculature du larynx, cordes vocales ouvertes et immobiles

Paralysie des muscles thoraco-abdominaux :

- Pour permettre une **ventilation artificielle** dans des conditions optimales

Paralysie de certains groupes musculaires :

- Pour installer des **conditions opératoires ou techniques favorables** (chirurgie abdominale)

6.3.4. MYORELAXANTS DEPOLARISANTS

- **Médicament de prédilection dans certains cas :**
  - **Prévision d'intubation difficile**
  - **Intubation dans un contexte de suspicion d'estomac plein**

6.3.5. MYORELAXANTS NON DEPOLARISANTS

Accidents anaphylactoïdes :

- **Cette classe de médicament est responsable des ¾ des accidents anaphylactoïdes survenant en cours d'anesthésie. Cependant, l'histamino-libération induite par les myorelaxants non dépolarisants est très variable d'un produit à l'autre.**

6.3.6. ANTAGONISATION DE LA CURARISATION

Principes :

- **Utiliser des anticholinestérasiques**
- **Pour inhiber l'acétylcholinestérase dans la fente synaptique**

But :

- **Accélérer la décurarisation**
- **Contrôler une curarisation résiduelle**

Médicaments :

- **Néostigmine (prostigmine)**
- **Atropine pour limiter les effets secondaires de la néostigmine (dus à la stimulation des récepteurs muscariniques) :**
  - **Bradycardie**
  - **Hypersalivation**
  - **Majoration d'une bronchoconstriction si asthmatique**

Modalités d'utilisation :

- **Antagonisation réalisée quand l'effet des myorelaxants non dépolarisants a commencé à s'estomper (afin d'éviter le risque de recurarisation secondaire)**
- **Néostigmine (prostigmine) + atropine**
- **Injection sous surveillance électrocardioscopique.**

PRINCIPES MEDICAMENTEUX DE L'ANESTHESIE GENERALE

	MORPHINIQUES	HYPNOTIQUES	CURARES
MODE	• **Obligatoire**	• **Obligatoire**	• **Facultatif**
BUT	• **Analgésie**	• **Sommeil** • **Amnésie**	• **Myorelaxation** : relâchement musculaire
CLASSES MEDICA-MENTEUSES	• Morphine • Alfentanil • Fentanyl • Sufentanil • Rémifentanil	**Par voie veineuse :** **Barbituriques d'action rapide :** • Thiopenthal • Métohexital **Non barbituriques :** • Propofol • Etomidate • Ketamine • Benzodiazépines : Midazolam (Hypnovel) • **Par inhalation :** **Gaz :** • Protoxyde d'azote = N2O **Vapeurs = anesthésiques halogénés :** • Isoflurane • Sévoflurane • Desflurane	**Dépolarisants :** Succinylcholine (célocurine) **Non dépolarisants :** **Courte durée d'action** **Longue durée d'action**

Conférences de consensus – Recommandations — ITEM 133

Année	Source	Titre
1993	SFAR	Sédation en réanimation concept et pratique
1999	SFAR	Indication de la curarisation en anesthésie
2001	SFAR	Dossier anesthésique (recommandations)
2002	SFAR	Prise en charge des voies aériennes en anesthésie adulte
2002	SFAR	Recommandations concernant la période préanesthésique
2007	SFAR	Sédation et analgésie en réanimation
2016	SFAR	Réactualisation recommandation sur la douleur postopératoire

Sujets tombés à l'ECN — ITEM 133

Année	Contenu
-	

Chapitre 12

UE 5
Item 134

DOULEUR CHEZ L'ENFANT : SEDATION ET TRAITEMENTS ANTALGIQUES

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- ***Savoir évaluer la douleur de l'enfant par les outils d'évaluation adaptés.***
- ***Repérer, prévenir, et traiter les manifestations douloureuses pouvant accompagner les pathologies de l'enfant.***
- ***Préciser les médicaments utilisables chez l'enfant selon l'âge, avec les modes d'administration, indications et contre-indications.***
- ***Connaître les moyens non médicamenteux utilisables chez l'enfant.***

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

Evaluation selon l'âge : moins de 4 ans , entre 4 et 6 ans, plus de 6 ans

Auto-évaluation :

- ***EVA : Echelle Visuelle Analogique***
- ***Echelle de 4 jetons***
- ***Echelle de 6 visages***

Hétéro-évaluation :

- ***FLACC : Face, Legs, Activity, Cry, Consolability***
- ***DEGR : Douleur Enfant Gustave-Roussy***
- ***EVENDOL : Evaluation Enfant DOuLeur***
- ***DAN : Douleur Aiguë du Nouveau-né***
- ***NFCS : Neonatal Facial Coding System***
- ***EDIN : Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né***

Pour mieux comprendre

- La douleur chez l'enfant nécessite une prise en charge spécifique. L'évaluation de son intensité est difficile à réaliser et passe par des échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation différentes selon l'âge de l'enfant.
- La prise en charge de la douleur passe par certaines thérapeutiques antalgiques à des doses spécifiques mais aussi par des moyens non pharmacologiques et l'interaction parents-enfants.

Plan du chapitre :



3. Règles de prise en charge de la douleur chez l'enfant :
    1. Généralités
    2. Traitement antalgique
    3. Mesures associées chez l'enfant
4. Médicaments utilisables dans le traitement antalgique de l'enfant :
    1. Antalgiques disponibles
    2. Antalgie spécifique en pathologie médicale
    3. Antalgie spécifique en pathologie chirurgicale
    4. Prévention de la douleur aiguë provoquée par les soins

ITEM 134

1. REPERER ET EVALUER LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT (ANAES)

1.1. GENERALITES

1.1.1. REPERER LA DOULEUR

La douleur de l'enfant peut être repérée par :

- Les **plaintes de l'enfant** (s'il est capable de les exprimer)
- Des **signes observés par les soignants :**
    - **Signes comportementaux :**
        - Cris – pleurs
        - Agitation
        - Expression corporelle, mimique douloureuse
        - Désintérêt pour le monde extérieur, manque d'expressivité
        - Sommeil, repas
        - Consolabilité
    - **Signes fonctionnels :**
        - Plaintes somatiques
        - Localisation de zones douloureuses par l'enfant
        - Motricité spontanée
        - Lenteur et rareté des mouvements
    - **Signes cliniques :**
        - Inspection : visage, corps, mains, jambes, doigts
        - Pression artérielle
        - Evaluation globale du tonus
        - Position antalgique au repos
        - Réactions à l'examen des zones douloureuses
        - Contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise

1.1.2. EVALUER LA DOULEUR

L'évaluation de la douleur est indispensable :

- Pour **détecter la présence** d'une douleur
- Pour **porter une décision de traitement** antalgique (précisé par un **score seuil** pour chaque échelle d'évaluation)
- Pour **suivre l'évolution** de la douleur

Cette évaluation se fait par l'utilisation d'échelles d'évaluation :

- Qui doivent présenter des **critères de qualité** :
  - **Simples**
  - **Sensibles**
  - **Validées**
  - **Reproductibles**
  - **Fiables**
- Qui sont de **deux types** :
  - **Auto-**évaluation
  - **Hétéro-**évaluation
- Qui doivent être réalisées **par un personnel soignant formé**
- Qui sont **constituées** :
  - De **critères**
  - De **pondération** de chaque critère
  - D'un total définissant le **score** de l'échelle

> 6 ANS	Auto-évaluation
DE 4 A 6 ANS	Auto-évaluation (en 1er lieu)
< 4 ANS (Ou pas de communication)	Hétéro-évaluation

Il est difficile d'évaluer la douleur de l'enfant :

- Cause : âge, **difficulté de communication et de verbalisation**
- **Selon l'âge**, on utilise certaines échelles

ECHELLES D'EVALUATION DE LA DOULEUR

- **Auto-évaluation :**
  - **Echelle Visuelle Analogique (EVA)**
  - Echelle de **4 jetons**
  - Echelle de **6 visages**

A noter : *le questionnaire **DN4**, utilisé pour le diagnostic des **douleurs neuropathiques**, n'est **pas validé chez l'enfant** mais tout de même **utilisable dès 10 ans** (quand l'enfant comprend l'intégralité du questionnaire)*

- **Hétéro-évaluation :**
  - L'**Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN)**, de 0 à 3 mois
  - La **NFCS (Neonatal Facial Coding System)** jusqu'à 18 mois
  - La **DAN (Douleur Aiguë du Nouveau-né)**
  - L'échelle **EVENDOL (Evaluation Enfant DouLeur)** de 0 à 6 ans
  - L'échelle **DEGR (Douleur Enfant Gustave-Roussy)** de 2 et 6 ans
  - L'échelle **FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)** de 4 à 18 ans

1.2. EVALUER LA DOULEUR CHEZ LES ENFANTS DE PLUS DE 6 ANS

1.2.1. EVALUER

Principes d'évaluation :

- Type : **auto-évaluation**
- Echelle : **Echelle Visuelle Analogique (EVA)**
- **Diagnostic : EVA seule**
- Suivi : lors du **suivi**, l'auto-évaluation doit être réalisée préférentiellement **avec le même outil**

Si échec :

- Echelle de **4 jetons**
- Echelle de **6 visages**



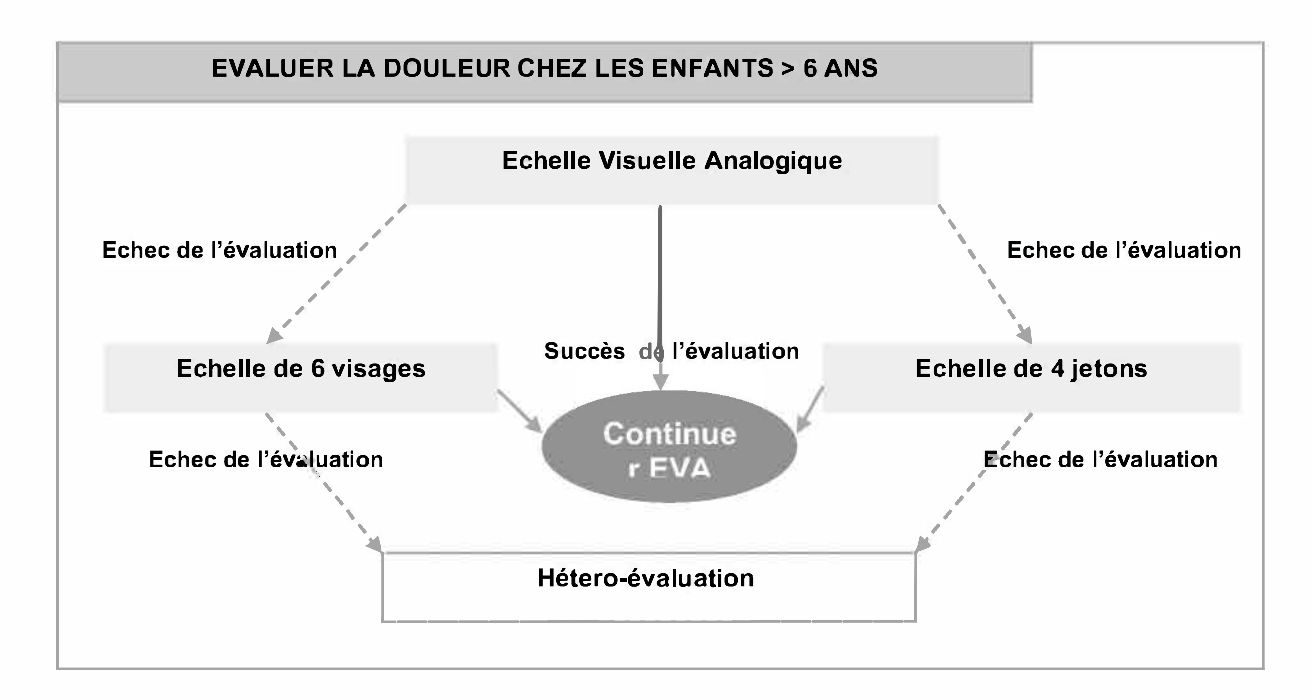
1.2.2. LOCALISER

Localiser la douleur :

- **Clinique**

Si difficulté à localiser la douleur :

- Utiliser un **schéma** (recommandé)
- Il convient toutefois de tenir compte des confusions droite-gauche



1.3. EVALUER LA DOULEUR CHEZ LES ENFANTS DE 4 A 6 ANS

1.3.1. EVALUER

Principes d'évaluation :

- Type : **auto-évaluation** tentée dans un 1er temps
- Echelles :
  - **Echelle Visuelle Analogique**
  - Echelle de **4 jetons**
  - Echelle de **6 visages**
- **Diagnostic = résultat convergent de 2 échelles :**
  - Soit **EVA +** Echelle de **4 jetons**
  - Soit **EVA +** Echelle de **6 visages**
- Lors du **suivi**, l'auto-évaluation doit être réalisée préférentiellement **avec le même outil**

Si échec :

- Contexte = **résultat divergent** des échelles d'évaluation
- **Seule l'hétéro-évaluation** est possible

1.3.2. LOCALISER

- **Moyens** :
  - **Clinique**
  - **Utilisation d'un schéma**

- **Validité du schéma :**
  - En l'absence de corrélation, la localisation obtenue sur le schéma ne peut être considérée comme valide.
  - En effet, l'enfant peut, à cet âge, colorier le schéma de façon ludique.

EVALUER LA DOULEUR CHEZ LES ENFANTS DE 4 A 6 ANS

1.4. EVALUER LA DOULEUR CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 4 ANS (OU ABSENCE DE COMMUNICATION)

1.4.1. COMPRENDRE LE PROBLEME DE L'EVALUATION

- **L'expression comportementale de la douleur aiguë est biphasique :**
  - 1ère phase : **détresse comportementale associée à un stress psychologique et physiologique** (cris, agitation…)
  - 2nde phase : **réduction progressive des activités de l'enfant (bouger, jouer, dormir, parler, manger)**
- L'évaluation de l'enfant de **moins de 4 ans** (ou **démuni de moyens de communication suffisants**) est plus **complexe** car elle repose principalement sur l'observation de son comportement (**hétéro-évaluation**).
- Il est particulièrement utile d'employer des outils **d'hétéro-évaluation basés sur l'association de comportements les plus indicateurs de douleur connus** actuellement, regroupés au sein d'échelles validées.
- Remarque : L'EVA remplie par un soignant expérimenté ou un parent constitue une alternative à l'emploi d'une échelle d'hétéro-évaluation chez l'enfant âgé de moins de 4 ans, en sachant toutefois que sa validité est moins bonne que celle des échelles citées précédemment.

1.4.2. EVALUATION DE LA DOULEUR DU NOUVEAU-NE

- **Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)**
  - Elaborée pour le **nouveau-né** (à terme ou prématuré), utilisable jusqu'à 3 mois.
  - Evalue la **douleur prolongée** et l'**inconfort** de l'enfant.
- **Douleur aiguë :**
  - **NFCS (Neonatal Facial Coding System)** abrégée, jusqu'à 18 mois
  - **DAN (Douleur Aiguë du Nouveau-Né)**

1.4.3. EVALUATION DE LA DOULEUR AUX URGENCES

- L'échelle **EVENDOL (Evaluation Enfant DouLeur)** de 0 à 6 ans

1.4.4. DIAGNOSTIC ET EVALUATION DE L'INTENSITE DE LA DOULEUR POST-OPERATOIRE IMMEDIATE

- L'échelle **FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)** de 4 à 18 ans
- Moins utilisées actuellement :
  - L'échelle d'Amiel-Tison inversée (de 1 mois à 3 ans)
  - L'échelle OPS (Objective Pain Scale, à partir de l'âge de 2 mois)
  - L'échelle CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale, de 1 à 6 ans)

1.4.5. EVALUATION D'UNE DOULEUR AIGUË EVOLUANT DEPUIS PLUSIEURS HEURES

- L'échelle **DEGR (Douleur Enfant Gustave-Roussy)** de 2 et 6 ans
- Il est également possible d'utiliser une appréciation générale du comportement de l'enfant : perturbation des activités de base (bouger, jouer, dormir, parler, manger).

ECHELLES D'EVALUATION CHEZ LES ENFANTS (ANAES)

AUTO-EVALUATION

- EVA (ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE)
- ECHELLE DE 6 VISAGES
- ECHELLE DE 4 JETONS

EVA PAR UNE TIERCE PERSONNE EXPERIMENTEE (EN PARTICULIER UN SOIGNANT)

Prématuré — 0 — mois — mois — 18 mois — 2 ans — 3 ans — 4 ans — 6 ans

HETERO-EVALUATION

- NFCS ABREGE NEONATAL FACIAL CODING SYSTEM
- AMIEL-TISON
- FLACC (FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY)
- OPS (OBJECTIVE PAIN SCALE)
- ECHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU-NE (EDIN)
- CHEOPS (CHILDREN'S HOSPITAL OF EASTERN ONTARIO PAIN SCALE)
- DEGR (DOULEUR ENFANT GUSTAVE-ROUSSY)
- EVENDOL (EVALUATION ENFANT DOULEUR)

Echelle fréquemment utilisée (à connaître)

Echelle peu utilisée





2. ECHELLES D'EVALUATION DE LA DOULEUR

2.1. EVA ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

2.1.1. PRINCIPES

- **Présenter l'échelle verticalement**
- Demander à l'enfant la **consigne** suivante : **« Place le repère (ou le doigt) aussi haut que ta douleur est grande »**
- Lire au verso l'équivalent douleur

Très très mal

Pas mal du tout

RECTO

VERSO

2.1.2. INTERPRETATION

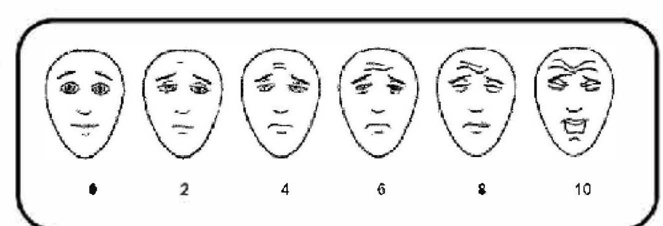
- Un score ≥ **3**/10 constitue le seuil d'intervention thérapeutique

2.2. ECHELLE DES 6 VISAGES

2.2.1. PRINCIPES

Présenter l'échelle horizontalement

- Demander à l'enfant la **consigne** suivante : **« Montre-moi le visage qui a mal autant que toi »**. Ne pas utiliser les mots « heureux » ou « tristes »
- Coter la douleur



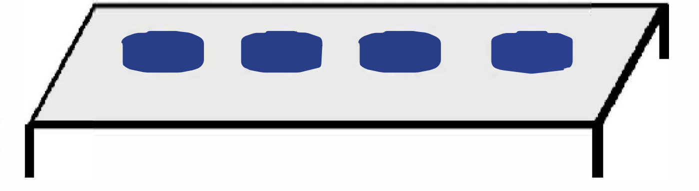
2.2.2. INTERPRETATION

- Un score ≥ **4** constitue le seuil d'intervention thérapeutique

2.3. ECHELLE DES 4 JETONS

2.3.1. PRINCIPES

- **Présenter les 4 jetons**
- Demander à l'enfant la **consigne** suivante : **« Chaque jeton représente un morceau (ou une partie) de douleur ; prends autant de jetons que tu as mal ».**
- **Coter la douleur**



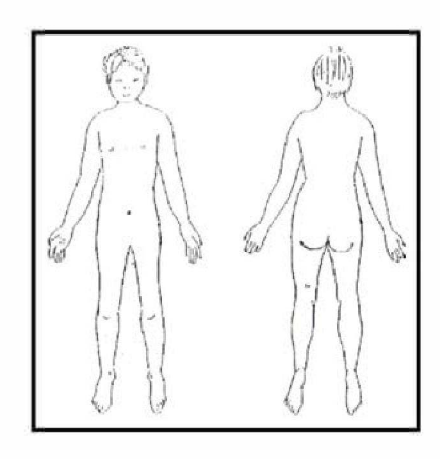
2.3.2. INTERPRETATION

- Un score ≥ **2** constitue le seuil d'intervention thérapeutique

2.4. LOCALISATION SUR SCHEMA

2.4.1. PRINCIPES

- La consigne est : « Dessine où tu as mal. »
- Au préalable, si l'enfant le peut, il choisit un code couleur pour les 4 intensités de douleur de la légende.



Ca fait mal

- Un peu
- Moyen
- Beaucoup
- Très fort

2.4.2. INDICATIONS SELON L'AGE

6 ans :

- A utiliser **en cas de difficulté** à localiser la douleur
- Il convient toutefois de tenir compte des **confusions droite-gauche**

De 4 à 6 ans :

- A utiliser **systématiquement**
- **A corréler à la clinique**
- **En l'absence de corrélation, la localisation obtenue sur le schéma ne peut être considérée comme valide**. (En effet, l'enfant peut, à cet âge, colorier le schéma de façon **ludique**)

< 4 ans :

- **Fiabilité du test réduite (ou nulle pour les plus jeunes)**
- Variabilité inter enfant
- A interpréter avec **précaution**

2.5. DEGR – (DOULEUR ENFANT GUSTAVE-ROUSSY)

2.5.1. 10 CRITERES

1. **Position antalgique au repos**
2. **Manque d'expressivité**
3. **Protection spontanée des zones douloureuses**
4. **Plaintes somatiques**
5. **Attitude antalgique dans le mouvement**
6. **Désintérêt pour le monde extérieur**
7. **Contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise (mobilisation passive)**
8. **Localisation de zones douloureuses par l'enfant**
9. **Réactions à l'examen des zones douloureuses**
10. **Lenteur et rareté des mouvements**

2.5.2. COTATION

- Les 10 critères sont cotés de 0 à 4
- Le score total varie entre 0/40 et 40/40

2.5.3. INTERPRETATION

- Un score ≥ 10/40 constitue le seuil d'intervention thérapeutique





2.6. FLACC – FACE, LEGS, Activity, CRY, CONSOLABILITY

2.6.1. CRITERES

- Visage
- Jambes
- Activité
- Cris
- Consolabilité

2.6.2. INTERPRETATION

- Adapté pour les **douleurs aiguës post-opératoires.**
- Un score **≥ 4/10** constitue le seuil d'intervention thérapeutique

2.7. EVENDOL – EVALUATION ENFANT DOULEUR

2.7.1. PRINCIPES

- Echelle comportementale simple et rapide évaluant tout type de douleurs (aiguë ou installée) **aux Urgences**.
- 5 critères sont cotés de 0 à 5 **à deux moments différents** :
  - à l'arrivée aux Urgences, en dehors de toute situation anxiogène
  - **à la mobilisation de la zone douloureuse**

2.7.2. CRITERES

- Expression vocale ou verbale
- Mimique
- Mouvements
- Positions
- Relations avec l'environnement

2.7.3. INTERPRETATION

- Un score **≥ 4/15** constitue le seuil d'intervention thérapeutique

2.8. ECHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU-NE (EDIN)

2.8.1. CRITERES

- Visage
- Corps
- Sommeil
- Relation
- Réconfort

2.8.2. INTERPRETATION

Âge d'utilisation : **élaborée pour le nouveau-né à terme ou prématuré, utilisable jusqu'à 3 mois.**

Type de douleur évaluée : **douleur prolongée et inconfort de l'enfant.**

Score : de 0 à 15.

Avantages : C'est la **seule grille qui permet l'évaluation de la douleur prolongée chez le nouveau-né**. Elle est simple et rapide.

Seuils de prescription :

- **Au-dessus de 5 la douleur est probable** ; en deça, on évoque plutôt l'inconfort que la douleur.
- Pour obtenir un score qui reflète réellement l'état de l'enfant, l'utilisateur doit prendre en compte l'ensemble de ses comportements durant la période de 1 à 4 heures précédant l'évaluation.

3. REGLES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT (ANAES)

3.1. GENERALITES

3.1.1. BUT

- **Diminuer l'intensité de douleur en dessous du seuil d'intervention thérapeutique** (défini pour chaque échelle : cf. plus loin)
- **Réévaluer la douleur pour :**
  - **Adapter le traitement en fonction de la douleur résiduelle**
  - **Maintenir l'intensité de la douleur en dessous du seuil**
- L'**EVA** étant l'échelle la plus pratiquée tout âge confondu, l'objectif est de diminuer l'intensité de la douleur **en dessous de 3/10.**

3.1.2. MOYENS

Le traitement comprend **plusieurs versants** :

- Traitement **étiologique**
- Traitement symptomatique **antalgique**
- **Moyens non pharmacologiques**
- Présence des **parents**
- **Information de l'enfant**

3.2. TRAITEMENT ANTALGIQUE

3.2.1. 1er OBJECTIF

- **L'objectif immédiat** du traitement est :
  - De ramener, si possible, l'intensité de la douleur **en dessous du seuil de 3/10 sur l'EVA**
  - Et/ou de permettre un **retour aux activités de base de l'enfant : bouger, jouer, dormir, parler, manger.**
- La **prescription initiale dépend du niveau de douleur** :
  - Une douleur **légère** sera traitée en première intention par un antalgique de **palier I**
  - Une douleur **modérée** par un antalgique de **palier I ou II**
  - Une douleur **intense** par un antalgique de **palier II ou III**
  - Une douleur **très intense** par un antalgique de **palier III**
- Dans le cas d'une **douleur intense ou très intense**, une **voie d'administration rapide sera choisie**
- **En dehors du contexte hospitalier**, cette **administration** sera réalisée **par le médecin lui-même**. Celui-ci doit disposer **d'antalgiques majeurs dans sa trousse d'urgence.**

3.2.2. 2ème OBJECTIF

- Le deuxième objectif est **d'adapter rapidement le traitement en fonction du niveau de douleur résiduelle**.
- Une **réévaluation** doit être effectuée **après une ou deux prises d'antalgique.**
- Si la douleur est alors **supérieure à 3/10**, une **intensification** du traitement antalgique doit être programmée.
- Pour que **l'adaptation du traitement ambulatoire** soit possible, les **parents doivent recevoir une information suffisante et des consignes précises mentionnées sur l'ordonnance** :
  - **Prise systématique** pendant un temps déterminé
  - **Modalités d'évaluation** de la douleur
  - **Horaire** de cette évaluation
  - **Modalités de changement de palier** médicamenteux



- L'existence **d'effets secondaires** doit être **systématiquement recherchée**. Les parents doivent en être **informés**.
- **Quand une analgésie correcte est obtenue, il est nécessaire de prévenir la réapparition des douleurs grâce à des prises d'antalgiques systématiques (y compris la nuit) pour la durée prévisible de la douleur.**

3.3. MESURES ASOCIEES CHEZ L'ENFANT

3.3.1. MOYENS NON PHARMACOLOGIQUES

- La prise en charge de la douleur peut comporter, en plus des antalgiques, des moyens non pharmacologiques (distraction, relaxation, hypnose).
- **Si l'enfant peut citer lui-même la stratégie d'adaptation qu'il utilise habituellement, celle-ci doit lui être proposée et facilitée.**
- Dans le cas contraire et pour les enfants plus jeunes, la **distraction** est souvent une aide efficace pour faire diminuer la détresse et/ou la douleur.
- Exemples de techniques simples :
  - **Distraction** : lire un **livre** à l'enfant, ou lui montrer des **illustrations** ; chez le plus grand, lui proposer de se **raconter** intérieurement une histoire ;
  - **Relaxation** : **mimer la respiration** nécessaire pour faire des bulles de savon en soufflant dans une paille.

3.3.2. PRESENCE DES PARENTS

- **La détresse de l'enfant est moindre lorsque ses parents sont présents.**
- La présence des parents doit toujours être rendue possible **lors de la réalisation des gestes douloureux** et dans toutes les **situations où l'enfant est susceptible de ressentir des douleurs**, **à chaque fois que l'enfant et sa famille le souhaitent.**
- **Lors du geste**, il est souhaitable que les parents conservent avec leur enfant un **contact visuel, physique et oral,** chaleureux, **distrayant et rassurant**, qui peut être, pour l'enfant, le garant de la bonne qualité des soins qui lui sont prodigués.

3.3.3. INFORMATION DE L'ENFANT

- Une **information adaptée au niveau cognitif** de l'enfant doit lui être donnée **sur la cause de ses douleurs et/ou sur les gestes douloureux** qui peuvent être nécessaires à sa prise en charge.
- Ces explications ne seront **pas données au tout dernier moment.**
- **L'information est un droit de l'enfant et une obligation du professionnel de santé.**

INDICATION DES TRAITEMENTS ANTALGIQUES

METHODES	AUTO-EVALUATION			HETERO-EVALUATION							
Type de douleur	EVA	Echelle de 4 jetons	Echelle de 6 visages	Amiel-Tison inversé	CHEOPS	DEGR	OPS	NFCS	FLACC	EVENDOL	EDIN
Douleur « légère »	1 à 3 cm	1	2	-							
« modérée »	3 à 5 cm	2	4	-							
« intense »	5 à 7 cm	3	6	-							
« très intense »	> 7 cm	4	8 ou 10	-							
Seuil d'intervention thérapeutique	3/10	2	4	5/20	9/13	10/40	3/10	1/4	**4/10**	**4/15**	**5/15**

Moyen mnémotechnique pour les seuils d'intervention thérapeutiques	• **« 2-3-4-5 »** – **2 :** échelle des 4 jetons – **3 :** EVA – **4 :** échelle de 6 visages, FLACC, EVENDOL – **5 :** EDIN

EVA	**Echelle Visuelle Analogique**
Echelle de 4 jetons	**Poker chip (Nombre de jetons sélectionnés)**
Echelle de 6 visages	**FPS-R (Score du visage sélectionné)**
CHEOPS	Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale
DEGR	Douleur Enfant Gustave-Roussy
OPS	Objective Pain Scale
NFCS	Neonatal Facial Coding System
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability
EVENDOL	Evaluation Enfant DouLeur
EDIN	Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né

ITEM 134

4. MEDICAMENTS UTILISABLES DANS LE TRAITEMENT ANTALGIQUE DE L'ENFANT (ANAES, AFSSAPS)

4.1. ANTALGIQUES DISPONIBLES

4.1.1. AMM

Les AMM limitent certaines utilisations chez l'enfant :

- **Il n'existe pas d'antalgique de palier II ayant une AMM chez l'enfant de moins de 1 an**
- **Il n'existe aucun antalgique de palier III per os avant l'âge de 6 mois.**

4.1.2. ANTALGIQUES FREQUEMMENT UTILISES

Douleur nociceptive : antalgique OMS :

- I : paracétamol, aspirine, ibuprofène, ac. niflumique, naproxène
- II : codéine, tramadol, nalbuphine
- III : morphine

Douleur neuropathique :

- La **Gabapentine** et l'**Amitryptiline** sont à utiliser en 1ère intention.
- Le Clonazépam (Rivotril®) n'est pas recommandé dans cette indication. Sa prescription est réservée aux neurologues ou aux pédiatres dans le cadre de l'épilepsie.

Spasmes abdominaux :

- **Antispasmodiques : Phloroglucinol** (Spasfon®), **Trimébutine** (Débridat®)

4.1.3. DOULEURS ASSOCIEES AUX SOINS

Solution sucrée orale :

- Efficace jusqu'à l'âge de **4-5 mois**, la méthode consiste à administrer 1-2 mL de **G30** ou de saccharose 24% sur le bord antérieur de la langue, puis d'y associer la **succion** d'une tétine (à maintenir pendant tout le geste douloureux).
- Une alternative possible est un **allaitement au sein**.
- L'analgésie est efficace **2 minutes** après le début de la succion, et dure **5 à 7 minutes.**

Anesthésiques locaux transcutanés (Mélande de Lidocaïne et Prilocaïne EMLA®) :

- A prescrire **systématiquement** en cas de soin avec **effraction cutanée.**
- Son application sous pansement occlusif doit durer **au moins 60min**. L'anesthésie atteint alors plus de **3mm** de profondeur.
- Après ablation, l'analgésie dure 1 à 2 heures.

Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'azote (MEOPA) :

- **Référence** pour les soins douloureux en raison de sa **rapidité** d'action, de sa **réversibilité**, de ses effets à la fois **antalgique, anxiolytique**, euphorisant et sédatif léger.
- Son administration est possible par un personnel **paramédical**.
- L'inhalation doit durer au moins **3 minutes** avant le début du geste douloureux, avec maintien d'un **contact verbal**.
- Les effets secondaires notables sont des **nausées** et des **vomissements**, parfois une sédation plus profonde.

Kétamine IV

- A faible dose lorsque le MEOPA est inefficace.

PALIER OMS	SPECIALITES MEDICAMENTEUSES		Posologies usuelles	AMM
I	Paracétamol	PO / IV	**60 mg/kg/j** soit 15 mg/kg/6h	**Dès la naissance**
	Aspirine	PO	50 mg/kg/j	1 mois
	Ibuprofène	PO	**30 mg/kg/j** soit 10 mg/kg/8h ou 7,5 mg/kg/6h	**3 mois**
II	Codéine	PO	1 mg/kg x 4 à 6/j	12 ans *
	Tramadol	PO	**1-2 mg/kg toutes les 6-8h (400 mg/j max)**	**Gouttes : 3 ans** Comprimé LI : 15 ans
III	Morphine	IV	**Dose de charge 0,1 mg/kg** **Puis titration** **0,025 mg/kg/5 min**	**Dès la naissance**
	Morphine	PO	**0,2 mg/kg/4h**	**Gouttes : 6 mois** Comprimé LI : 6 ans
	Nalbuphine	IV	**0,2 mg/kg/4h**	**18 mois**
		Intra-rectal	0,4 mg/kg/4h	Hors AMM
	Fentanyl	Transdermique	/	2 ans
	Hydromorphone	PO	/	7 ans
	Oxycodone	PO	/	18 ans

* : la Recommandation de l'ANSM (2013) préconise de **ne plus utiliser la codéine :**
- chez les enfants de moins de 12 ans
- chez le moins de 18 ans après adénoïdectomie ou amygdalectomie
- chez la femme allaitante.
Elle préconise aussi de ne l'utiliser après 12 ans **qu'après échec du paracétamol et/ou d'un AINS.**

4.2. ANTALGIE SPECIFIQUE EN PATHOLOGIE MEDICALE (ANAES-HAS 2000)

PATHOLOGIES	AGE	TRAITEMENT DE PREMIERE INTENTION	
OTITE	< 6 mois	AVIS ORL	
	6 à 12 mois	Palier I + antalgiques locaux si tympan fermé	
	1 à 6 ans	Palier I seul Puis (AINS + paracétamol) pendant 48 h + antalgiques locaux, si tympan fermé	
	> 6 ans	EVA < 5/10	Palier I pendant 48h + antalgiques locaux si tympan fermé
		EVA > 5/10	Palier I + codéine

GINGIVO-STOMATITE	< 6 mois	-
	6 à 12 mois	Palier I (insuffisant le plus souvent)
	1 à 6 ans	Palier II systématique pendant 48h + lidocaïne gel sur les lèvres seulement 2 mg/kg toutes les 3 heures (maximum 100 mg/dose)
	> 6 ans	Palier II systématique pendant 48h + lidocaïne gel sur les lésions toutes les 3h (2 mg/kg, maximum 100 mg /dose)

FRACTURE NON DEPLACEE	Immobilisation +/- palier II
FRACTURE DEPLACEE	Palier III avant et après immobilisation
REDUCTION DE FRACTURE	Anesthésie générale
BRULURE SUPERFICIELLE ET LOCALISEE	Palier II (dès l'arrivée du médecin traitant)
BRULURE PROFONDE OU ETENDUE	Morphine orale dès l'arrivée du médecin traitant Titration de morphine ou fentanyl IV si prise en charge SMUR ou SAMU
PANSEMENTS DE BRULURE	MEOPA® +/- dose de charge de morphine+/- anxiolytique

4.2.1. MIGRAINE (AFSSAPS 2009)

- En traitement de **crise** :
  - Privilégier l'**Ibuprofène 10 mg/kg** au Paracétamol
  - Les opioïdes (de palier II ou III) ne sont pas recommandés.
  - Le Sumatriptan nasal n'a l'AMM que chez l'enfant de plus de 12 ans.
- En traitement de **fond**, il est recommandé de ne pas prescrire de médicament, mais de privilégier l'apprentissage des **méthodes psycho-corporelles** (relaxation…).

4.2.2. CRISE VASO-OCCLUSIVE DREPANOCYTAIRE (AFSSAPS 2009, HAS 2010)

Prise en charge à domicile :

- **Boisson abondante**
- Bouillotte sur la zone douloureuse (**application de froid contre-indiqué**)
- Paracétamol PO
- Si la douleur persiste à 30-45min ou si la douleur est d'emblée intense : codéine PO
- Si l'enfant est insuffisamment soulagé ou bien si la douleur est d'emblée intense : consulter aux Urgences

Prise en charge aux Urgences :

- Tout en **réchauffant** et en **réhydratant** l'enfant, il est préconisé de lui d'administrer du **MEOPA dès l'arrivée aux Urgences pendant 15-20 minutes** pour obtenir un soulagement rapide et permettre la mise en place d'une voie veineuse périphérique.
- La prescription d'un **AINS associé à du Paracétamol**, tous deux injectables ou per os, est **systématique.**
- On y associe aussi un morphinique de palier 2 ou 3 selon l'intensité de la douleur :
  - EVA 5-6/10 (ou EVENDOL 7-10/15) : **Nalbuphine IVL**. Si le patient est soulagé on poursuit le traitement. S'il reste algique on arrête la Nalbuphine et on effectue un relai par Morphine IV.
  - **EVA ≥7/10** (ou EVENDOL ≥10/15) : titration de **Morphine IV d'emblée**, avec relai par analgésie auto-contrôlée (PCA).
- Aucun effet antalgique de l'oxygénothérapie n'a été documenté.

4.3. PREVENTION DE LA DOULEUR AIGUE PROVOQUEE PAR LES SOINS (ANAES-HAS 2000)

PATHOLOGIES	TRAITEMENT DE PREMIERE INTENTION
PONCTION VEINEUSE	**EMLA®** pour les enfants de moins de 11 ans et pour ceux qui le demandent
INTRA-DERMO-REACTION (IDR)	**EMLA®**
SUTURES	**MEOPA® puis anesthésie locale avec lidocaïne tamponnée injectable** (9 ml de lidocaïne pour 1 ml de bicarbonate 88 mEq/100 ml)
PONCTIONS LOMBAIRES	MEOPA® et/ou EMLA®
MYELOGRAMMES	MEOPA® et EMLA®
REDUCTION DE PARAPHIMOSIS	Gel de lidocaïne et MEOPA®

Une information détaillée concernant les modalités du soin et la programmation de l'analgésie doit être donnée à l'enfant et à sa famille

Conférences de consensus – Recommandations ITEM 134

Année	Source	Titre
2000	ANAES	Douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans
2009	AFSSAPS	Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant
2010	HAS	Syndromes drépanocytaires majeurs de l'enfant et de l'adolescent
2013	EMA	Restrictions on use of codeine for pain relief in children
2014	SFORL	Prise en charge de la douleur dans le cadre de l'amygdalectomie chez l'enfant et chez l'adulte
2015	ANSM	Médicaments à base de codéine utilisés chez l'enfant dans le traitement de la toux, biphosphonate en intraveineux (IV) ou denosumab, retour d'information sur le PRAC de mars 2015
2016	SFAR	Réactualisation recommandation sur la douleur postopératoire

Sujets tombés à l'ECN ITEM 134

Année	Contenu
2005	Crise convulsive hyperthermique



Pour en savoir plus…

ITEM 134

ANNEXE 1

ANTALGIE SPECIFIQUE EN PATHOLOGIE CHIRURGICALE

1- ANAES-HAS 2000

CHIRURGIE	TRAITEMENT DE PREMIERE INTENTION	TRAITEMENT DE DEUXIEME INTENTION (si 1ère intention insuffisant : EVA >3 ou pas de retour aux activités de base)
ADENOIDECTOMIE	Palier I pendant 24 heures	Nouvelle consultation
CIRCONCISION	Palier II pendant 72 heures et lidocaïne locale	Palier III
ORCHIDOPEXIE	Palier I pendant 72 heures	Palier II
HERNIE INGUINALE		

2- SFORL 2014

AMYGDALECTOMIE

- Dexaméthasone per opératoire
- Morphine en salle de surveillance post-interventionnelle
- Paracétamol
- Associé à un AINS ou au Tramadol

ITEM 134

ANNEXE 2

COMPLEMENTS : ECHELLES D'EVALUATION DE LA DOULEUR EN PEDIATRIE

1- DEGR (Douleur Enfant Gustave-Roussy)

ITEMS	Cotation 0	Cotation 1	Cotation 2	Cotation 3	Cotation 4
1. Position antalgique au repos	Absence de position antalgique : l'enfant peut se mettre n'importe comment.	L'enfant semble éviter certaines positions.	L'enfant évite certaines positions, mais n'en paraît pas gêné.	L'enfant choisit une position antalgique évidente, qui lui apporte un certain soulagement.	L'enfant recherche sans succès une position antalgique et n'arrive pas à être bien installé.
2. Manque d'expressi-vité	L'enfant est vif, dynamique, avec un visage animé.	L'enfant paraît un peu terne, éteint.	Au moins un des signes suivants : traits du visage peu expressifs, regard morne, voix marmonnée et monotone, débit verbal lent.	Plusieurs des signes ci-dessus sont nets.	Visage figé, comme agrandi. Regard vide. Parle avec effort.
3. Protection spontanée des zones douloureuses	L'enfant ne montre aucun souci de se protéger.	L'enfant évite les heurts violents.	L'enfant protège son corps, en évitant et en écartant ce qui pourrait le toucher.	L'enfant se préoccupe visiblement de limiter tout attouchement d'une région de son corps.	Toute l'attention de l'enfant est requise pour protéger la zone atteinte.
4. Plaintes somatiques	Pas de plainte : l'enfant n'a pas dit qu'il a mal.	Plaintes « neutres »: - sans expression affective (dit en passant « j'ai mal »); - et sans effort pour le dire (ne se dérange pas exprès).	Au moins un des signes suivants : - a suscité la question « Qu'est-ce que tu as, tu as mal ? » ; - voix geignarde pour dire qu'il a mal ; - mimique expressive accompagnant la plainte.	En plus de la cotation 2, l'enfant: - a attiré l'attention pour dire qu'il a mal ; - a demandé un médicament.	C'est au milieu de gémissements, sanglots ou supplications que l'enfant dit qu'il a mal.
5. Attitude antalgique dans le mouvement	L'enfant ne présente aucune gêne à bouger tout son corps. Ses mouvements sont souples et aisés.	L'enfant montre une gêne, un manque de naturel dans certains de ses mouvements.	L'enfant prend des précautions pour certains gestes.	L'enfant évite nettement de faire certains gestes, il se mobilise avec prudence et attention.	L'enfant doit être aidé, pour lui éviter des mouvements trop pénibles.

6. Désintérêt pour le monde extérieur	L'enfant est plein d'énergie, s'intéresse à son environnement, peut fixer son attention et est capable de se distraire.	L'enfant s'intéresse à son environnement, mais sans enthousiasme.	L'enfant s'ennuie facilement, mais peut être stimulé.	L'enfant se traîne, incapable de jouer, il regarde passivement.	L'enfant est apathique et indifférent à tout.
7. Contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise (mobilisation passive)	L'enfant se laisse mobiliser sans y accorder d'attention particulière.	L'enfant a un regard attentif quand on le mobilise.	En plus de la cotation 1, l'enfant montre qu'il faut faire attention en le remuant.	En plus de la cotation 2, l'enfant retient de la main ou guide les gestes du soignant.	L'enfant s'oppose à toute initiative du soignant ou obtient qu'aucun geste ne soit fait sans son accord.
8. Localisation de zones douloureuses par l'enfant	Pas de localisation : à aucun moment, l'enfant ne désigne une partie de son corps comme gênante.	L'enfant signale, uniquement verbalement, une sensation pénible dans une région vague sans autre précision.	En plus de la cotation 1, l'enfant montre avec un geste vague cette région.	L'enfant désigne avec la main une région douloureuse précise.	En plus de la cotation 3, l'enfant décrit, d'une manière assurée et précise, le siège de sa douleur.
9. Réactions à l'examen des zones douloureuses	Aucune réaction déclenchée par l'examen.	L'enfant manifeste, juste au moment où on l'examine, une certaine réticence.	Lors de l'examen, on note au moins un de ces signes : raideur de la zone examinée, crispation du visage, pleurs brusques, blocage respiratoire.	En plus de la cotation 2, l'enfant change de couleur, transpire, geint ou cherche à arrêter l'examen.	L'examen de la région douloureuse est quasiment impossible, en raison des réactions de l'enfant.
10. Lenteur et rareté des mouvements	Les mouvements de l'enfant sont larges, vifs, rapides, variés, et lui apportent un certain plaisir.	L'enfant est un peu lent et bouge sans entrain.	Un des signes suivants : - latence du geste, - mouvements restreints, - gestes lents, - initiatives motrices rares.	Plusieurs des signes ci-dessus sont nets.	L'enfant est comme figé, alors que rien ne l'empêche de bouger.

2- FLACC (Face, LEGS, Activity, Cry, Consolability)

CRITERES	0	1	2
VISAGE	Pas d'expression particulière ou sourire	Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, désintéressé	Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton
JAMBE	Position habituelle ou détendue	Gêne, agité, tendu	Coups de pieds ou jambres recroquevillées
ACTIVITE	Allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement	Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu	Arc-bouté, figé, ou sursaute
CRIS	Pas de cris (éveillé ou endormi	Gémissements ou pleurs, plainte occaionnelle	Pleurs ou cris constants, hurlements, ou sanglots, plaintes fréquentes
CONSOLABILITE	Content, détendu	Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Distrayable	Difficile à consoler ou à réconforter

3- EVENDOL (EValuation ENfant DOuLeur)

CRITERES	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent
Expression vocale ou verbale : pleure ou crie ou dit qu'il a mal	0	1	2	3
Mimique : front plissé ou sourcils froncés ou bouche crispée	0	1	2	3
Mouvements : s'agite ou se raidit ou se crispe	0	1	2	3
Positions : attitude antalgique ou inhabi-tuelle ou se protège ou reste immobile	0	1	2	3
Relation avec l'environnement : peut être consolé ou joue ou communique avec son entourage	Normale 0	Diminuée 1	Très diminuée 2	Absente 3

4- EDIN (Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né)

OBSERVATION	CRITERES	SCORE
VISAGE	Visage détendu	0
	Grimaces passagères : froncement des sourcils/lèvres pincées/plissement du menton/tremblement du menton	1
	Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées	2
	Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé	3
CORPS	Détendu	0
	Agitation transitoire, assez souvent calme	1
	Agitation fréquente, mais retour au calme possible	2
	Agitation permanente, crispation des extrémités et raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée avec corps figé	3
SOMMEIL	S'endort facilement, sommeil prolongé et calme	0
	S'endort difficilement	1
	Se réveille spontanément et fréquemment en dehors des soins, sommeil agité	2
	Pas de sommeil	3
RELATION	Sourire aux anges, sourire réponse, attentif à l'écoute	0
	Appréhension passagère au moment du contact	1
	Contact difficile, cri à la moindre stimulation	2
	Refuse le contact, aucune relation possible, hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation	3
RECONFORT	N'a pas besoin de réconfort	0
	Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion	1
	Se calme difficilement	2
	Inconsolable, succion désespérée	3

5- GRILLE OPS (OBJECTIVE PAIN SCALE)

PRINCIPES

- Echelle de douleur adaptée aux enfants de moins de 4 ans.
- Soit le score est utilisé avec ses 5 items et un **score dépassant 3** nécessite une thérapeutique antalgique efficace.
- Soit le score est utilisé avec ses 4 items (sans la variation de PA) et un **score dépassant 2** nécessite une thérapeutique antalgique efficace.

INTERPRETATION

- Un score ≥ 3/10 constitue le seuil d'intervention thérapeutique

OBSERVATION	CRITERES	SCORE
PRESSION ARTERIELLE	± 10% pré-opératoire	**0**
	10 à 20% pré-opératoire	**1**
	20 à 30% pré-opératoire	**2**
PLEURS	Absents	**0**
	Présents mais enfant consolable	**1**
	Présents mais enfant non consolable	**2**
MOUVEMENTS	Absents	**0**
	Intermittents, modérés	**1**
	Permanents	**2**
AGITATION	Enfant calme ou endormi	**0**
	Agitation modérée, ne tient pas en place	**1**
	Agitation désordonnée et intense, risque de se faire mal	**2**
EXPRESSION VERBALE OU CORPORELLE	Endormi ou calme	**0**
	Exprime une douleur modérée, non localisée, inconfort global ou position jambes fléchies sur le tronc, bras croisés sur le corps	**1**
	Douleur localisée verbalement ou désignée par la main ou position jambes fléchies sur le tronc, poings serrés et porte la main vers une zone douloureuse, ou cherche à la protéger	**2**

6- ECHELLE D'AMIEL-TISON INVERSEE

CRITERES

- Sommeil pendant les 30 minutes précédant l'examen
- Mimique douloureuse
- Qualité du cri
- Motricité spontanée
- Excitabilité spontanée
- Crispation des doigts
- Mains et pieds
- Succion
- Evalution globale du tonus
- Consolabilité
- Sociabilité

INTERPRETATION

- Un score ≥ 5/20 constitue le seuil d'intervention thérapeutique





SCORE ENFANT EVEILLE AU MOMENT DE L'EXAMEN	1	2	3
Sommeil pendant les 30 minutes précédant l'examen	Sommeil calme > 10 minutes	Courtes périodes de 5 à 10 minutes	Non
Mimique douloureuse	Visage calme et détendu	Peu marquée, intermittente	Marquée, permanente
Qualité du cri	Pas de cri	Modulé, pouvant être calmé	Répétitif, aigu, « douloureux »
Motricité spontanée	Motricité normale	Agitation modérée	Agitation incessante
Excitabilité spontanée	Calme	Réactivité excessive	Trémulations, clonies, Moro spontané
Crispation des doigts, mains et pieds	Absente	Peu marquée, partielle, intermittente	Très marquée, globale, permanente
Succion	Forte, rythmée, pacifiante	Discontinue, interrompue par les cris	Non, ou quelques mouvements anarchiques
Evalution globale du tonus	Normal pour l'âge	Modérément hypertonique	Très hypertonique
Consolabilité	Calmé < 1 minute	Calmé après 1 minute d'efforts	Non, après 2 minutes d'efforts
Sociabilité	Facile, prolongée	Difficile à obtenir	Absente

7- **CHEOPS** (Children's Hospital Of Eastern Ontario Pain Scale)

CRITERES

- Cris - pleurs
- Visage
- Plaintes verbales
- Corps
- Mains
- Jambes

INTERPRETATION

- Un score ≥ 9/13 constitue le seuil d'intervention thérapeutique

CRITERES	0	1	2	3
CRIS - PLEURS	-	Absents	Gémissements ou pleurs	Cris perçants ou sanglots
VISAGE	Sourire	Visage calme, neutre	Grimace	
PLAINTES VERBALES	Parle de choses et d'autres sans se plaindre	Ne parle pas, ou se plaint, mais pas de douleur	Se plaint de douleur	-
CORPS	-	Corps (torse) calme, au repos	Change de position ou s'agite, ou cherche à se redresser, et/ou corps arqué ou raidi ou tremblant, et/ou contention	-
MAINS	-	N'avance pas la main vers la zone douloureuse	Avance la main ou touche ou agrippe la zone douloureuse, ou contention	-
JAMBES	-	Relâchées ou mouvements doux	Agitées, ou donnent des coups, ou jambes raidies, en l'air ou ramenées sur le corps et/ou l'enfant se lève ou s'accroupit ou s'agenouille, et/ou contention	-

Chapitre 13

UE 5
Item 135

DOULEUR EN SANTE MENTALE

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- Repérer, prévenir, et traiter les manifestations douloureuses chez le patient psychiatrique et la personne atteinte de troubles envahissants du développement.
- Connaître les bases en psychopathologie de la douleur aiguë et chronique, et les dimensions psychologiques en lien avec la plainte douloureuse.

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- ***Intrication entre douleur et pathologies psychiatriques (conséquence mais aussi cause notamment dans les troubles psychiatriques)***
- ***Prise en charge spécifique en fonction de l'étiologie du trouble psychiatrique***
- ***Douleur aiguë et chronique***
- ***Contexte psychologique***
- ***Prévenir le risque de passage à l'acte***

Pour mieux comprendre

- Le patient psychiatrique et la personne atteinte de troubles envahissants du développement peuvent présenter des manifestations douloureuses diverses en fonction des atteintes.
- Cependant, les manifestations douloureuses peuvent aussi déclencher des pathologies psychiatriques comme des épisodes dépressifs avec même dans certains cas un passage à l'acte.
- La prise en charge des manifestations douloureuses demande au préalable de repérer, d'évaluer et de traiter les manifestations douloureuses mais aussi de les prévenir.
- Cet item même s'il fait plutôt parti de la psychiatrie propre, sera abordé dans cet ouvrage afin de permettre un lien transversal entre cette spécialité et la douleur.

<u>**Plan du chapitre :**</u>

1. Manifestations douloureuses chez le patient psychiatrique
2. Traiter la douleur en santé mentale
3. Bases psychopathologiques et dimensions psychologiques

ITEM 135

1. MANIFESTATIONS DOULOUREUSES CHEZ LE PATIENT PSYCHIATRIQUE

1.1. PATIENT PSYCHIATRIQUE ET DOULEUR

- Un **grand nombre de troubles psychiatriques peuvent engendrer des manifestations douloureuses diverses**.
- Il est **difficile de généraliser** celles-ci à l'ensemble des troubles.
- En effet, il est **préférable de les évoquer au sein de chaque pathologie psychiatrique** car ceux-ci ont leur **spécificité en terme de prévention, de manifestations et de prise en charge** (cf psychiatrie).
- **L'évaluation reste quant à elle classique** (cf item 131), cependant certaines particularités sont à prendre en compte :
  - Le schéma corporel du patient peut être altéré
  - Les 4 composantes de la douleur (sensori-discriminative, émotionnelle, cognitive, comportementale) peuvent être modifiées
  - L'expression verbale de la douleur est parfois compliquée ou absente.

1.2. PATIENT PSYCHIATRIQUE ET PATHOLOGIE ORGANIQUE

- On observe une **surmortalité** et une **surmorbidité organique** chez les patients ayant un trouble psychiatrique.
- Cela peut s'expliquer à la fois par :
  - des **comportements à risque** (addictions, sédentarité…) plus prévalents
  - des **effets indésirables médicamenteux** fréquents
  - un **retard diagnostique et thérapeutique** important : par négligence de la part du patient et dyscommunication, par négligence médicale d'une origine organique des troubles, du à une symptomatologie atypique…
- Ainsi une pathologie somatique doit être recherchée devant toute **décompensation aiguë** d'une pathologie psychiatrique et toute **modification brutale du comportement**.

1.3. TYPE DE PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

- **Episode dépressif caractérisé** :
  - Céphalées, diminution du seuil de tolérance de la douleur, chronicisation des symptômes
  - Diminution du seuil de perception pour les douleurs électriques et thermiques, mais pas pour les douleurs à la pression.
  - **Facteurs de risque de douleur :** sexe féminin, âge élevé, faible niveau socio-économique
  - La douleur et la dépression ont des structures cérébrales et de neurotransmission communes
  - *Bonus iECN* : en cas d'association EDC et migraine, penser à un trouble bipolaire
- **Troubles bipolaires** : céphalées, dorsalgie ou arthralgie (50%), fibromyalgie
- **Troubles anxieux** : diminution du seuil de perception, diminution du seul de tolérance, chronicisation des symptômes
- **Schizophrénie** : négligence et difficulté à exprimer sa douleur de la part du patient, difficultés d'évaluation par le soignant
- **Troubles de la personnalité** :
  - **Obsessionnelle** : émotion restreinte, précision et détails
  - **Histrionique** : émotion démesurée, peu de précisions
  - **Paranoïaque** : émotion restreinte, attitude méfiante, plainte vague



  - **Dépendante** : expression passive
  - **Borderline** : émotion importante, variable
- **Trouble somatoforme :**
  - Chronique si durée supérieure 6 mois
  - **Symptomatologie riche**, localisation imprécise
  - Parfois **hypervigilance somatique**, majorant la perception douloureuse
  - Douleur résistante
- **Addiction aux opiacés** :
  - Eliminer avant tout un **syndrome de manque**
  - La douleur est **sous-évaluée** dans cette population
  - Son traitement nécessite souvent des **doses d'analgésiques bien supérieures.** Il est préférable **d'éviter les opioïdes faibles et les agonistes partiels**.
  - L'association à des troubles anxio-dépressifs est fréquente
  - Les risques de dépendance physique aux traitements étant plus élevés, une consultation addictologique est recommandée en cas d'augmentation importante des doses ou de co-addiction à l'alcool ou au cannabis.
- **Démence** :
  - Difficulté à exprimer sa douleur pour le patient
  - En cas de démence, même sévère, les échelles d'**auto-évaluation** sont **utilisables**.
  - On utilisera en revanche les échelles d'**hétéro-évaluation** (ECPA, Algoplus, Doloplus-2) en cas d'**altération de la communication**.
  - Chez le sujet âgé, dément ou non, la plainte douloureuse est un **signe fréquent de dépression**

1.4. AUTISME ET TROUBLE ENVAHISSANT DU DEVELOPPEMENT

- Chez les patients atteints de TED, l'expression de la plainte douloureuses est atypique avec parfois un **retrait**, une **aggressivité** ou des **auto-mutilations.**
  - Pour information : actuellement un doute persiste sur une hypo- ou une hyper-sensibilité à la douleur chez ces patients.
- En cas de **dyscommunication** il est possible d'évaluer l'intensité douloureuse par l'**EDAAP** (Evaluation de l'expression de la Douleur chez l'Adolescent ou l'Adulte Polyhandicapé).
- Il est ainsi important de repérer précocement et de rechercher attentivement la cause d'une modification brutale du comportement.

ITEM 135

2. TRAITER LA DOULEUR EN SANTE MENTALE

2.1. PRINCIPES DE TRAITEMENT

Le traitement de ces manifestations douloureuses reste **variable en fonction** :
- De la **pathologie psychiatrique**
- Du **type de manifestations douloureuses** : durée, intensité, …
- Du **contexte psychologique**

Le **principe du traitement consiste à :**
- Adopter une attitude d'écoute afin de favoriser une **alliance thérapeutique**
- **Traiter ou équilibrer la pathologie psychiatrique** (cf psychiatrie)
- **Prévenir tout passage à l'acte**

- **Traiter les symptômes** en attendant l'équilibration de la pathologie psychiatrique ou si ceux-ci persistent (cf item 131)
- Eviter la prescription de placebo mais rechercher un **effet placebo**
- **Eviter la dépendance** en réalisant une consultation spécialisée de la douleur et une évaluation addictologique

Types de traitements :
- **Médicamenteux :** psychotropes et antalgiques
- **Psychothérapiques :** cognitivo-comportementales
- **Corporels :** kinésithérapie, balnéothérapie … (cf items 131)
- **Psychocorporels :** hypnose, sophrologie, relaxation

2.2. PARTICULARITES SELON L'ANTALGIQUE UTILISE

- **AINS :** association **déconseillée avec le Lithium**. En effet les AINS en diminuent l'excrétion rénale et augmentent ainsi la lithémie.
- **Antalgiques de palier 2 et 3 :** majoration de la **dépression centrale** en cas d'association avec des psychotropes sédatifs (neuroleptiques, benzodiazépines, antidépresseurs,…)
- **Tramadol**
  - Risque de **syndrome sérotoninergique** en cas d'association avec des Inhibiteurs de la MonoAmine-Oxydase (**IMAO**) ou des Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (**ISRS**).
  - Abaissement du **seuil épileptogène**
- **Opioïdes :**
  - Risque d'addiction à surveiller
  - Risque de **dépression respiratoire** en cas d'association avec des benzodiazépines ou des antidépresseurs sédatifs.

ITEM 135

3. BASES PSYCHOPATHOLOGIQUES ET DIMENSIONS PSYCHOLOGIQUES

3.1. GENERALITES

3.1.1. MECANISMES INITIATEURS DE LA DOULEUR

- **Quel que soit son mécanisme initiateur** somatique, neurologique ou psychologique, **la douleur** proprement dite **constitue** dans tous les cas **une expérience subjective, un phénomène neuropsychologique** central.

3.1.2. PHENOMENE DOULEUR

- Il s'agit d'un **phénomène complexe**
- On distingue **quatre composantes interactives dans la perception de la douleur** :
  - **Sensori-discriminative**
  - **Affective et émotionnelle**
  - **Cognitive**
  - **Comportementale**

3.1.3. FACTEURS INFLUENCANTS

- L'ensemble de ces dimensions est lui-même sous **l'influence de facteurs passés ou présents** :
  - **Environnementaux**
  - **Professionnels**
  - **Familiaux**
  - **Sociaux**
  - **Culturels**
- Un autre facteur peut jouer un rôle important : il s'agit de la **durée de la douleur** en fonction de laquelle on oppose la douleur aiguë à la douleur chronique

3.2. PSYCHOPATHOLOGIE DE LA DOULEUR

3.2.1. DOULEUR AIGUE

- La douleur aiguë s'accompagne fréquemment de symptomes **anxieux.**

3.2.2. DOULEUR CHRONIQUE

- Tout comme dans la douleur aiguë, des manifestations **anxieuses** sont retrouvés en cas de douleur chronique.
- La persistance de la douleur peut entrainer des symptômes **dépressifs**, et un **épisode dépressif caractérisé** est associé dans environ **20% des cas** (surtout en cas de céphalées).
- **Dépression et anxiété** n'influent pas seulement sur la composante émotionnelle de la douleur, mais aussi sur ses composantes :
  - Sensori-discriminatives par **diminution** du **seuil de perception** et du **seuil de tolérance** de la douleur,
  - Cognitive par **hypervigilance somatique** et **distorsions cognitives négatives** (pessimisme, catastrophisme…)
  - Comportementale, provoquant **inactivité** ou au contraire hyperactivité
- Elles participent ainsi à la **chronicisation des symptômes**.

3.2.3. FACTEURS SOCIAUX FAVORISANT LA DOULEUR

- **Insatisfation au travail**
- Eviction sociale
- **Stress familial**
- Conflits médico-sociaux
- Réglementation liée à la douleur

Conférences de consensus – Recommandations ITEM 135

Année	Source	Titre
1999	ANAES	Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire
2012	IASP	International Association for the Study of Pain
2012	ANAES	Douleurs : étiologies et caractéristiques

Sujets tombés à l'ECN ITEM 135

Année	Contenu
-	-

Chapitre 14

UE 5
Item136

SOINS PALLIATIFS PLURIDISCIPLINAIRES CHEZ UN MALADE EN FIN DE VIE. (1)

PRINCIPAUX REPERES CLINIQUES. MODALITES D'ORGANISATION DES EQUIPES, EN ETABLISSEMENT DE SANTE ET EN ET EN AMBULATOIRE

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- ***Identifier une situation relevant des soins palliatifs.***
- ***Connaître les étapes d'une démarche de soins, de traitement et d'accompagnement du patient et de son entourage lors des situations les plus fréquemment rencontrées en phase palliative ou terminale des maladies graves, chroniques ou létales : acquérir les compétences nécessaires en soins palliatifs pour faire face aux situations les plus fréquemment rencontrées lors des phases palliatives ou terminales des maladies graves, chroniques ou létales (traitement des symptômes respiratoires, digestifs, buccaux, neurologiques, psychiatriques, agoniques...).***
- ***Connaître l'organisation des soins palliatifs en France et savoir faire appel à des équipes ressource ou à des services de recours.***

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- ***Information claire et loyale avec respect du libre arbitre, de la dignité, et des croyances***
- ***Prise en charge globale, active et multidisciplinaire***
- ***Soins médicaux actifs***
- ***Priorité : soulager la douleur, préserver le confort***
- ***Prise en charge de l'entourage, préparation au travail de deuil***
- ***Structures : lits identifiés de soins palliatifs, unités de soins palliatifs, réseaux de soins palliatifs, unités mobiles de soins palliatifs, HAD...***

Pour mieux comprendre

- La Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) définit les soins palliatifs comme des : « soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale ».
- « Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. »
- La prise en charge du patient est globale, active et multidisciplinaire et fait interagir le patient, les soignants et son entourage.

<u>Plan du chapitre :</u>

1. Définition des soins palliatifs
2. Identifier une situation de soins palliatifs
3. Trajectoires de vie en soins palliatifs
4. Démarche de soins et prise en charge en soins palliatifs
5. Modalité de prise en charge des symptômes physiques en soins palliatifs





1. DEFINITION DES SOINS PALLIATIFS

1.1. RECOMMANDATIONS ANAES

1.1.1. CARACTERISTIQUES

Les soins palliatifs sont des **soins :**

- **Actifs**
- **Continus**
- **Evolutifs**
- **Coordonnés**
- Pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle

1.1.2. PRINCIPES

Les soins palliatifs :

- Cherchent à **éviter les investigations et les traitements déraisonnables**
- **Se refusent à provoquer intentionnellement la mort**

Selon cette approche :

- Le **patient est considéré comme un être vivant**
- La **mort comme un processus naturel**

1.1.3. OBJECTIFS

- Dans une **approche globale et individualisée,** cherchant à promouvoir l'**autodétermination** du patient.
- De **prévenir ou de soulager les symptômes** physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes
- D'**anticiper les risques de complications** et ainsi mettre en place des **prescriptions anticipées personnalisées**.
- De prendre en compte les **besoins psychologiques, sociaux et spirituels**, dans le **respect de la dignité de la personne soignée.**

1.2. SOCIETE FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS

- « Ce sont des **soins actifs** dans une **approche globale** de la personne en **phase évoluée ou terminale** d'une **maladie potentiellement mortelle ».**
- Prendre en compte et viser à **soulager** les douleurs **physiques** ainsi que la souffrance **psychologique**, morale et spirituelle, devient alors primordial.
- Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un vivant et sa mort comme un processus normal. Ils **ne hâtent ni ne retardent le décès.**
- Leur but est de préserver la meilleure **qualité de vie** possible jusqu'à la mort.
- Ils sont **multidisciplinaires** dans leur démarche.

	SOINS CURATIFS	SOINS PALLIATIFS
Buts	• **Guérison** • **Durée** de vie	• **Confort** • **Qualité** de vie
Thérapeutique curative ?	• Justifiée	• Non justifiée • **Obstination déraisonable** (**acharnement** thérapeutique)
Lieu de prise en charge	• Domicile - Maisons de retraite • Hôpitaux - Cliniques	• Domicile - Maisons de retraite • Hôpitaux - Cliniques • **Unités de soins palliatifs**
Approche	• Médico-technique	• **Pluridisciplinaire**
Dimension psycho-sociale	• Accessoire	• **Essentielle**
Présentation de la mort	• Echec	• **Evénement naturel**

ITEM 136

2. IDENTIFIER UNE SITUATION DE SOINS PALLIATIFS

2.1. RECOMMANDATIONS ANAES

2.1.1. PATIENTS CONCERNES

- Personnes atteintes de **maladies graves évolutives** :
  - Mettant en jeu le **pronostic vital**
  - Ou en **phase terminale**
- Personnes dont la vie prend fin dans le **grand âge**
- **Proches du patient**

2.1.2. PROFESSIONNELS CONCERNES

La prise en charge d'un patient nécessitant des soins palliatifs requiert généralement l'intervention coordonnée :

- **De plusieurs professionnels de santé**
- **Du secteur social dans certains cas**

2.1.3. LIEUX DE PRISE EN CHARGE

- A domicile
- Dans les Unités de Soins Palliatifs
- Dans les établissements de santé en court, moyen et long séjour
- Dans les structures destinées aux personnes âgées avec le soutien éventuel des Unités Mobiles de Soins Palliatifs, réseaux de soins palliatifs
- A noter : moins de 30% des français décèdent à domicile, contre près de 60% en établissement hospitalier

2.1.4. QUAND METTRE EN ŒUVRE LES SOINS PALLIATIFS ?

- Les soins palliatifs **peuvent être envisagés précocement dans le cours d'une maladie grave évolutive** et **peuvent coexister avec des traitements spécifiques** de la maladie causale. On parle alors de **phase palliative intégrée**.
- est à **réévaluer régulièrement**, et la mise en œuvre des soins palliatifs doit faire l'objet d'un **consensus entre l'équipe soignante, le patient et ses proches si le patient le souhaite**

- **Dès l'annonce du diagnostic**, la prise en charge en soins palliatifs est réalisée selon un **projet de soins continus** qui privilégie **l'écoute, la communication**, l'instauration d'un **climat de vérité** avec le patient et son entourage.
- Cette démarche vise à **aider le patient et ses proches** à se préparer à un éventuel changement de priorité dans la prise en charge de la maladie sous-jacente
- Dans le cas du patient cancéreux, la phase palliative peut elle-même être divisée en 3 :
- La **phase palliative active** où l'on cherchera à **ralentir** autant que possible **la progression de la maladie**, parfois à l'aide de traitements oncologiques spécifiques (chimiothérapie,…)
- La **phase palliative symptomatique** dont l'objectif principal sera la **qualité de vie** du patient, et où l'amélioration de la survie ne sera pas systématiquement cherchée. Des thérapeutiques oncologiques spécifiques peuvent être prescrites si elles peuvent améliorer le confort du patient.
- La **phase terminale** durant laquelle le décès est probable dans les heures ou jours qui suivent par défaillances des grandes fonctions vitales. Les traitements sont alors purement symptomatiques.

Exemple de situation clinique :

- Monsieur B., 60 ans, est pris en charge très précocement pour un adénocarcinome du poumon T1N0M0 et subit, conformément à la RCP, une lobectomie (= **phase curative**)
- Il présente malheureusement quelques mois plus tard des récidives ganglionnaires médiastinales, et métastatiques hépatiques. Le patient étant en excellent état général une chimiothérapie est instaurée (**= phase palliative active**)
- La maladie a progressé malgré plusieurs lignes de chimiothérapie, et bien que le patient soit toujours OMS 1 il présente une métastase cérébrale pré-frontale unique qui engendre des déficits moteurs et une restriction de communication, l'handicapant très fortement. Un traitement par radiothérapie stéréotaxique est décidé sur cette métastase, améliorant grandement sa symptomatologie (**= phase palliative symptomatique**)
- Quelques mois plus tard de nombreuses autres métastases pulmonaires, hépatiques et cérébrales se sont développées. Le patient, OMS 4, cachectique et lymphopénique, est hospitalisé pour dyspnée de survenue brutale NYHA 4 avec confusion. Après décision collégiale vous instaurez un traitement purement symptomatique et appelez la famille pour les informer de la possible survenue du décès à court terme (**= phase terminale**)

IDENTIFIER UNE SITUATION RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

- **Maladie :**
  - Mettant en jeu le **pronostic vital**
  - Au **stade terminal**
  - **Sans traitement curatif**
- **Malade :**
  - Etat physique = stade évolutif de la maladie
  - Etat **psychologique = souhait du patient**
  - **Relation avec ses proches**
  - **Croyances religieuses ou non**
- **Soignants :**
  - **Equipe multidisciplinaire de professionnels de santé :** médecin, infirmière, psychologue…
  - Compétente en terme de soins palliatifs
  - **Refusant l'obstination déraisonable** (acharnement thérapeutique)
- **Consensus concernant la décision de soins palliatifs :**
  - Le patient : ses souhaits
  - La famille
  - Les soignants

2.2. FACTEURS PRONOSTICS EN PHASE PALLIATIVE CHEZ LES PATIENTS CANCEREUX

FACTEURS PRONOSTICS VALIDES

Cliniques

- **Syndrome tumoral**
- Indice d'activité **OMS ≥ 3**
- **Sarcopénie**
- **Dénutrition**

Biologiques

- **Hypoalbuminémie**
- **Lymphopénie**
- **Syndrome inflammatoire biologique** sans cause infectieuse
- **LDH** augmentés

3. TRAJECTOIRES DE VIE EN SOINS PALLIATIFS (RAPPORT 2013 DE L'OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA FIN DE VIE)

3.1. GENERALITES

- Trois trajectoires de vie ont été détaillées par l'Observatoire National de la Fin de Vie pour décrire le parcours de soin suivi par les patients de Soins Palliatifs.

3.2. TRAJECTOIRE DE DECLIN RAPIDE

- Elle concerne près de **50%** des patients de Soins Palliatifs. Leur évolution se fait **progressivement,** et la **phase terminale est bien définie**.
- Exemple : **cancer**

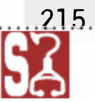
3.3. TRAJECTOIRE DE DECLIN GRADUEL

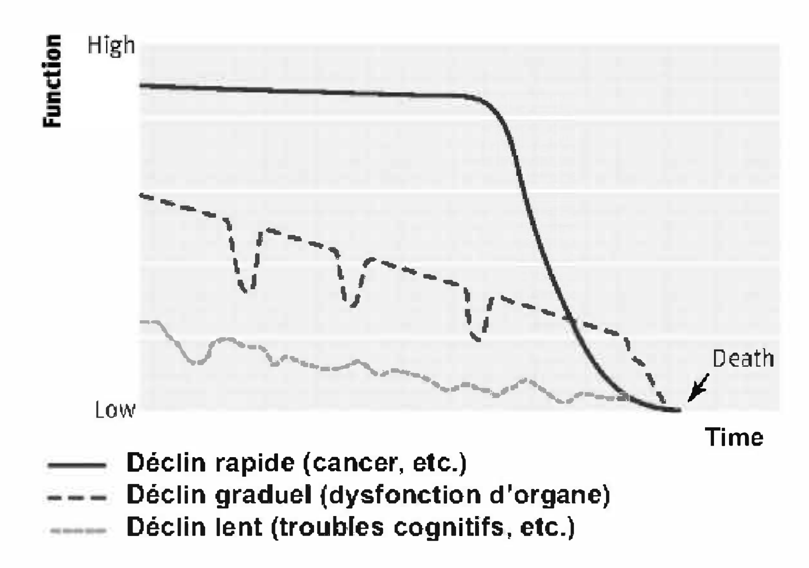
- **40%** des patients de Soins Palliatifs suivent cette trajectoire de vie. Elle se caractérise par des **épisodes d'aggravation aiguë suivis par une récupération**.
- Exemple : **défaillances d'organe** (insuffisance rénale, cardiaque, respiratoire, etc.)

3.4. TRAJECTOIRE DE DECLIN LENT

- Minoritaire, elle ne concerne qu'environ 12% des patients de Soins Palliatifs pour lesquels la **dégradation des capacités cognitives et fonctionnelles** se fait **très progressivement**.
- Exemple : maladies neuro-dégénératives







D'après Murray, S. A et al. BMJ 2008;336:958-959

ITEM 136

4. DEMARCHE DE SOIN ET PRISE EN CHARGE EN SOINS PALLIATIFS (SELON LES RECOMMANDATIONS ANAES)

4.1. LES PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE DE L'ANAES

4.1.1. LE RESPECT DU CONFORT, DU LIBRE ARBITRE ET DE LA DIGNITE

Les décisions concernant la prise en charge des symptômes doivent être **fondées sur** :

- **L'intensité** de ceux-ci, quels que soient la maladie et son stade
- L'appréciation des **besoins** du patient
- Ses **préférences**
- **L'analyse du rapport bénéfices/risques** de chacune des options en termes de capacité :
  - A **soulager la souffrance**
  - A **préserver au maximum la dignité et la qualité de vie**

4.1.2. LA QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DE L'ABORD RELATIONNEL

- **L'accompagnement et l'abord relationnel** du patient et de ses proches nécessitent une **disponibilité** particulière de l'équipe soignante
- Ils demandent une **attention particulière aux réactions du patient,** qu'elles soient **verbales ou non-verbales** (expression du visage,...)
- Il s'agit de **suivre le malade à son rythme :**
  - En cherchant à **se maintenir au plus près de sa vérité du moment**
  - En **repérant ses capacités d'intégration de la réalité**
  - En **répondant à ses questions sans les devancer**

4.1.3. L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION AVEC LE PATIENT ET SES PROCHES

L'information du patient :

- **L'information orale est à initier dès l'annonce** d'un diagnostic grave, au début de la mise en œuvre des soins palliatifs
- Elle est **à adapter au cas de chaque personne**.

- Elle requiert **temps et disponibilité,** ainsi qu'un **environnement adapté**
- Elle peut nécessiter d'être délivrée de manière **progressive**

L'information des proches :

- **L'information des proches** relève des mêmes principes **en fonction des souhaits** du patient
- Une attention particulière sera portée au contenu et aux modalités de délivrance de l'information lors des **phases évolutives** de la maladie
- La **communication avec les proches a pour but** :
  - **D'évaluer la souffrance** psychologique, sociale **et les besoins** de la personne soignée et de ses proches
  - D'aider les proches à **exprimer leurs sentiments**

4.1.4. LA PRISE EN CHARGE DE LA PHASE TERMINALE ET DE L'AGONIE

- **La phase terminale est à anticiper par :**
  - Le **choix du lieu de soins le plus adapté** au patient
  - La **mise à disposition des médicaments nécessaires pour le soulager**
  - La **préparation des proches** à cette phase
- L'engagement de l'équipe soignante à le **soulager jusqu'au bout** doit être signifié et régulièrement confirmé au patient et à ses proches
- La **présence des proches est à privilégier, et ils doivent être associés aux soins le plus possible**, dans la mesure de leurs moyens, physiques, psychologiques et spirituels
- Le **rôle de l'équipe soignante** est de :
  - **Favoriser l'intimité du patient avec ses proches**
  - **Rassurer** ceux-ci en leur donnant des **explications** sur l'état clinique du patient et les traitements mis en œuvre
  - Les **valoriser dans leur rôle de soutien**
  - Les préparer au deuil

4.1.5. LA PREPARATION AU DEUIL

- **L'instauration d'une bonne communication avec les proches du patient** ainsi qu'une **information précoce et régulière sur l'évolution** de sa maladie peuvent leur permettre de se préparer à la perte du patient
- Il est recommandé **d'identifier chez l'entourage les facteurs prédisposant à une réaction dite « compliquée » de chagrin** (relation ambivalente ou de dépendance, multiples deuils antérieurs, antécédents de maladie mentale, en particulier de dépression, prise en charge du patient au-delà de 6 mois) **pour tenter de prévenir une situation de deuil pathologique**

4.2. MECANISMES D'ADAPTATION (= DE DEFENSE)

4.2.1. GENERALITES

- Ces mécanismes **inconscients** ont pour but de **réduire les tensions internes.** Leur nature peut **varier au cours du temps** et ils **doivent autant que possible être pris en compte.**
- En reconnaissant ses **propres mécanismes d'adaptation**, le soignant est plus apte à comprendre ceux du patient et de ses proches afin de les accompagner dans une vérité « pas à pas »

4.2.2. MECANISMES D'ADAPTATION CHEZ LES PATIENTS

- **Matures :**
  - **Sublimation :** donne un sens à sa maladie en s'investissant dans quelque chose
  - **Anticipation**
  - **Répression :** évite délibérément de penser à ses problèmes
  - **Altruisme**
  - **Humour**

Moyen mnémotechnique : **SARAH**

- **Névrotiques :**
  - **Isolation** : séparation entre les pensées et l'affect qui y est associé
  - **Déplacement :** angoisse déplacée sur un objet apparemment anodin
  - **Maîtrise :** attitude permanente de contrôle/vérification des actions de l'équipe soignante, ou tentative de compréhension en détail de sa maladie
- **Immatures :**
  - **Déni :** refus total de la réalité
  - **Dénégation :** refus partiel de la réalité
  - **Projection aggressive :** se sent aggressé par sa maladie et projette ce sentiment sur l'équipe médicale, alors perçue comme un agresseur
  - **Régression :** retour à des comportements infantils (passivité, dépendance,...)

4.2.3. MECANISMES D'ADAPTATION CHEZ LES SOIGNANTS

- **Mensonge**
- **Fuite en avant :** délivrance brutale de la vérité dans sa totalité
- **Fausse réassurance :** espoir artificiel donné au patient
- **Rationalisation :** discours médico-technique empêchant tout réel dialogue
- **Banalisation :** dénégation de l'intensité de la souffrance
- **Dérision : ironie** cherchant à banaliser la souffrance
- **Evitement :** évite les contacts (physiques et psychiques)
- **Esquive :** détourne la discussion
- **Identification projective** : attribue au patient ses propres émotions et pensées, et crée un lien fusionnel avec lui

8 PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE EN SOINS PALLIATIFS SELON L'ANAES
• **Le respect du confort, du libre arbitre et de la dignité** • **La prise en compte de la souffrance globale du patient** • **L'évaluation et le suivi de l'état psychique du patient** • **La qualité de l'accompagnement et de l'abord relationnel** • **L'information et la communication avec le patient et ses proches** • **La coordination et la continuité des soins** • **La prise en charge de la phase terminale et de l'agonie** • **La préparation au deuil**

4.3. ORGANISATION DES SOINS PALLIATIFS

4.3.1. GENERALITES

- **3 niveaux de recours dans les établissements hospitaliers :**
  - Soins palliatifs en service hospitalier sans lit identifié
  - Lits identifiés de Soins Palliatifs (LISP)
  - Unités de Soins Palliatifs (USP)

4.3.2. LITS IDENTIFIES DE SOINS PALLIATIFS (LISP)

- **Localisés dans certains services médicaux hospitaliers ou structures sanitaires** (EHPAD,...),
- Les LISP sont des lits ayant reçu un agrément de l'ARS signifiant que la formation du personnel du service et l'organisation des soins permet la prise en charge des situations de soins palliatifs.

4.3.3. UNITES FIXES DE SOINS PALLIATIFS (UFP)

- **Petites structures de soins** centrées sur la prise en charge des patients en situation complexe de fin de vie.
- Présence d'une équipe en permanence, de personnel volontaire et de bénévoles
- Possibilité en cas de **maintien à domicile impossible**, ou pour les **familles qui ne se sentent pas la force d'assumer une fin de vie à domicile**
- Lieu de formation, d'enseignement et de recherche
- Le **médecin référent** doit remplir le formulaire d'admission

4.3.4. UNITE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS (UMSP)

- Equipe multidisciplinaire et interdisciplinaire
- Professionnelle et bénévole
- **Intervenant dans les différents services hospitaliers, ainsi qu'en visite à domicile**
- Objectifs : **conseils** sur la prise en charge et le traitement du patient, **soutien** des familles et des soignants, lieu de formation et de recherche

4.3.5. RESEAUX DE SOINS PALLIATIFS

- Réseaux inter hospitaliers, centrés sur le patient, la famille et les soignants
- Ils facilitent l'accès aux soins de toute personne dont l'état de santé requiert des soins palliatifs, en permettant à chaque personne de bénéficier de soins sur le lieu de vie de son choix
- Coordination entre les différents services hospitaliers, liaison ville-institution
- Le patient et son médecin traitant doivent donner leur accord.

4.3.6. MEDECINS

3 niveaux d'expertise en soins palliatifs (SP) :

- SP de base : tout médecin
- SP d'intervention : médecins référents en SP dans les différents services hospitaliers
- SP spécialisés : médecins spécialistes en SP

4.3.7. AUTRES

- Bénévoles d'accompagnement

4.4. PRINCIPES SPECIFIQUES DE PRISE EN CHARGE DES SOINS PALLIATIFS EN AMBULATOIRE

4.4.1. MODALITES

- **En hospitalisation à domicile (HAD)**
- **Réseau de soins palliatifs**
- **Unité mobile de soins palliatifs (UMSP)**
- **Avec un médecin référent**
- **Multidisciplinaire (médico-socio-psychologique)**
- **Prise en charge à 100%**
- **Avec surveillance régulière**

4.4.2. DISPOSITIFS FAVORISANT LE MAINTIEN A DOMICILE

- **Fond FNASS :** permet le **financement** de **gardes-malades** ou de **matériel non remboursable.**
- **Congé d'accompagnement d'une personne relevant de soins palliatifs : arrêt de travail** (**et allocation journalière**) pouvant être accordé à tout salarié donc un ascendant, un descendant ou une personne partageant son domicile est en situation de soins palliatifs.





PRESCRIPTION AMBULATOIRE DE SOINS PALLIATIFS

- **En hospitalisation à domicile (HAD)**
- **Réseau de soins palliatifs**
- **Avec un médecin référent**
- **Multidisciplinaire (médico-socio-psychologique)**
- **Prise en charge à 100%**
- **Avec surveillance régulière**

MEDECIN REFERENT

AIDE A DOMICILE

- Plateau-repas
- Aide-ménagère

ORDONNANCE : KINESITHERAPIE

- Mobilisation passive et active
- Entretien de la force musculaire
- Lutte contre les rétractions tendineuses
- Drainage thoracique selon encombrement

PSYCHOLOGUE

- Ecoute et relation d'aide
- Patient et famille
- Evaluer la souffrance, les désirs, l'anxiété
- Assurer le suivi
- Dépister une dépression

ORDONNANCE : INFIRMIERE DIPLOMEE D'ETAT

- Toilette
- Administration des traitements
- Alimentation par sonde
- Soins d'escarre

ORDONNANCE MATERIEL MEDICALISE

- Lit anti-escarre
- Pieds à perfusion

ITEM 136

5. MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES SYMPTOMES PHYSIQUES EN SOINS PALLIATIFS (Recommandations ANAES)

SYMPTOMES PHYSIQUES ET SOINS PALLIATIFS SELON L'ANAES

- Douleur
- Asthénie, immobilité
- Anxiété, dépression, troubles du sommeil
- Syndromes confusionnels
- Sécheresse de la bouche et ulcérations buccales
- Escarres, plaies malodorantes, œdèmes, prurit
- Dyspnée
- Toux, hoquet rebelle
- Dysphagie
- Nausées, vomissements
- Anorexie, cachexie
- Déshydratation
- Troubles du transit : constipation, occlusion, diarrhée
- Troubles urinaires

5.1. DOULEUR

5.1.1. PALIERS ANTALGIQUES CLASSE III DE L'OMS

- Des **douleurs intenses peuvent éventuellement justifier l'utilisation d'emblée** d'un antalgique de palier 3 (opioïde fort)
- En cas de traitement par les opioïdes forts, il est **recommandé de le débuter par le sulfate de morphine orale à libération immédiate ou, éventuellement à libération prolongée**.
- **Une fois la dose de morphine efficace quotidienne déterminée (titration morphinique), le relais peut être proposé soit par une forme de morphine orale à libération prolongée (sulfate de morphine), soit par du fentanyl transdermique (patch)**. En complément du traitement de base, **il est recommandé de prévoir un supplément d'antalgie par un morphinique d'action rapide (interdoses)**
- **En cas d'échec** de la morphine per os, il faut **réévaluer soigneusement** le patient et **rechercher** en particulier **un mécanisme d'action neurogène** ou une composante **émotionnelle** ou **cognitive** importante
- S'il s'agit bien d'une douleur **purement nociceptive, en cas d'échec** d'un traitement en raison d'effets indésirables incontrôlables avec la morphine, il est recommandé :
  - Soit **d'envisager le changement** pour un autre opioïde **(rotation)**
  - **Soit une modification de la voie d'administration**

5.1.2. MESURES ANTALGIQUES ASSOCIEES

- Les antalgiques habituels sont peu efficaces dans les **douleurs neurogènes**. On utilise alors surtout les antidépresseurs imipraminiques ou des anticonvulsivants tels que : **gabapentine, prégabaline**, carbamazépine, phénytoïne, valproate de sodium, et corticoïdes en cas de compression péri-médullaire ou nerveuse périphérique
- Il est recommandé d'envisager des mesures co-antalgiques à chaque palier de l'OMS
- Les mesures co-antalgiques peuvent être associées ou se substituer aux antalgiques, en particulier dans :
  - Les **douleurs viscérales par envahissement tumoral** (**corticoïdes, antispasmodiques**, en deuxième intention, noramidopyrine et, en cas de douleurs rebelles, bloc cœliaque à discuter)
  - Les coliques abdominales liées à une occlusion (traitement chirurgical à discuter en première intention et, en cas d'impossibilité de celui-ci, antalgiques opiacés associés aux antispasmodiques)
  - Les céphalées par **hypertension intra-crânienne** (**corticoïdes injectables**)
  - Les **douleurs osseuses** (**AINS, corticoïdes** et, en cas de métastases osseuses, **radiothérapie**, conventionnelle ou métabolique, **biphosphonates, cimentoplastie**)

5.1.3. CAS PARTICULIERS

- **Sujet âgé**, il est recommandé de :
  - Porter une attention particulière à la recherche de la **posologie minimale** pour calmer la douleur
  - Utiliser de préférence des **médicaments à élimination rapide**
- Douleurs induites par les soins, il est recommandé de **prévenir systématiquement les douleurs induites par un soin douloureux** ou par un geste invasif :
  - Par la **prescription d'un opioïde à libération immédiate** ou d'anesthésiques locaux
  - Par l'utilisation de techniques de soins adaptées telles que mobilisation douce, regroupement des soins





TYPES DE TRAITEMENT ANTALGIQUE SELON L'ANAES

- **Traitement étiologique**
- **Antalgiques spécifiques**
- **Antalgiques non spécifiques**
- **Mesures co-antalgiques**
- **Rassurer le patient sur l'engagement de l'équipe soignante à faire le maximum pour soulager sa douleur**

RECOMMANDATIONS OMS CONCERNANT LE TRAITEMENT ANTALGIQUE

Conformément aux préconisations de l'OMS, il est recommandé :

- De **privilégier la voie orale**
- D'administrer les antalgiques **de manière préventive** et non au moment de la survenue de la douleur
- **D'individualiser le traitement**
- De **réévaluer régulièrement ses effets** (au minimum quotidiennement jusqu'à obtention d'une antalgie efficace)
- **D'informer le patient et son entourage des effets indésirables** possibles du traitement
- De **mettre à leur disposition des moyens** permettant d'y faire face
- D'utiliser les antalgiques selon la stratégie en **trois paliers.**

5.2. ASTHENIE, IMMOBILITE

5.2.1. ASTHENIE

Mesures visant à **ménager les forces du patient tout en préservant ses capacités d'autonomie et de participation** :

- **Adaptation des activités** de la vie quotidienne et des soins
- **Réaménagement des horaires** pour alterner activités et temps de repos
- **Recherche de médicaments** pris par le patient susceptibles de majorer une asthénie
- **Modifications thérapeutiques adéquates**, quand elles sont possibles

Traitement symptomatique médicamenteux par :

- **Suppléments vitaminiques**
- **Corticoïdes en cures courtes**

5.2.2. IMMOBILITE

Evaluer le retentissement physique de la diminution de la mobilité :

- Sujets concernés : **patient et ses proches** (risque d'épuisement)
- But : **déterminer la nature de l'aide nécessaire**
- Moyen : **échelle ADL (Activity of Daily Living)**

Evaluer le retentissement psychologique et social :

- La réduction de la mobilité représente pour le patient et son entourage un tournant évolutif
- Elle constitue une entrée dans la **dépendance**

Prise en charge :

- **Traiter les causes** de l'immobilité :
  - Traitement **étiologique**
  - La **douleur** est à rechercher et à traiter systématiquement. Un supplément d'antalgie et un regroupement des soins peuvent être nécessaires pour prévenir les douleurs induites. Encourager le patient à se mouvoir lui-même et accompagner ses efforts peut limiter la douleur
- **Traiter les conséquences** de l'immobilité
- **Proposer des aides :**
  - **Accompagnement et soutien psychologique**
  - **Aide humaine** pour les activités de la vie quotidienne
  - **Aide technique** pour l'aménagement de l'environnement (barres d'appui, fauteuil roulant, lit électrique, etc.)
- **Suivi au long cours**

Note : bien différencier **autonomie** (capacité de **décision** du patient par lui-même) et **indépendance** (capacité à **agir seul**)

5.3. ANXIETE, DEPRESSION, TROUBLES DU SOMMEIL

5.3.1. ANXIETE

- Elle peut représenter, en soins palliatifs, un **processus de prise de conscience**
- L'anxiété **peut être aussi le premier signe d'un syndrome confusionnel**

Prise en charge :

- **Caractéristiques :**
  - **Rapide** pour soulager le patient, mais aussi son entourage
  - Basée sur **l'écoute** qui doit favoriser l'accompagnement du patient dans sa prise de conscience

Moyens thérapeutiques :

- Le recours aux **techniques corporelles** (relaxation, massage, etc.) peut être envisagé si l'état du patient le permet
- Un traitement par **benzodiazépines** (**à demi-vie courte**) peut être indiqué pour soulager surtout les aspects somatiques de l'anxiété. Il doit être si possible de courte durée (quelques semaines au maximum)
- En cas de crise d'anxiété aiguë voire d'attaque de panique, la relaxation et l'**écoute active** peuvent suffire si la crise est brève et si l'état du patient le permet. Sinon, les benzodiazépines (à demi-vie courte) per os ou si besoin injectables peuvent être utilisées.
- **Si les crises se répètent, un traitement « de fond » par antidépresseurs est à discuter.**

5.3.2. DEPRESSION ET RISQUE SUICIDAIRE

Prise en charge :

- **Ecouter les plaintes et la souffrance** du patient
- **Identifier un épisode dépressif caractérisé** (cf item 64 Psychiatrie) :
  - **Perte d'intérêt ou de plaisir** (perte de l'élan vital)
  - Pour presque **toutes les activités**
  - Persistant **au moins 2 semaines**
- **Distinguer la tristesse** : **émotion naturellement ressentie** chez un patient atteint d'une maladie grave évolutive





Moyens thérapeutiques :

- Une **attitude d'encouragement** est conseillée.
- Il est important **d'identifier dans l'entourage du patient des personnes ressources qui vont l'aider**.
- Un **recours au psychologue ou au psychiatre** peut être nécessaire
- **Antidépresseurs :**
  - Les antidépresseurs sont proposés en **test thérapeutique au moins 3 semaines**
  - Le changement éventuel de molécule ne doit pas intervenir dans un délai trop court : on **évalue l'efficacité après au moins 3 semaines de traitement**
- **Traitement de la douleur :**
  - La douleur doit être traitée **car elle peut engendrer ou majorer un état dépressif et des idées suicidaires.**
  - Le **risque suicidaire**, même s'il est exceptionnel en soins palliatifs **doit être évalué systématiquement et régulièrement**
  - Cf. conférence de consensus « Crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge », réalisée en 2000

5.3.3. TROUBLES DU SOMMEIL

Définition et caractéristiques :

- Ils sont **à rechercher, que le patient s'en plaigne ou pas**
- Ils peuvent être un **signe d'alerte de pathologies :**
  - D'une **anxiété** (se manifestant classiquement par une insomnie **d'endormissement**)
  - D'une **dépression** (se manifestant classiquement par une insomnie **du milieu de la nuit ou** un **réveil précoce**)
  - D'un **syndrome confusionnel**
- Les **répercussions sur le patient (asthénie, anorexie) et sur l'entourage** seront systématiquement appréciées

Moyens thérapeutiques :

- **Hygiène de vie :**
  - Les **habitudes de sommeil (rythme et quantité)** et des **rites d'endormissement** propres au patient doivent être respectés
  - Il est important de veiller à **ne pas favoriser l'inversion des cycles de sommeil**
- **Traitement médical :**
  - L'instauration d'un traitement symptomatique médicamenteux **ne doit pas être systématique**
  - Il **dépend du type d'insomnie :**
    - **Insomnie d'endormissement** : zolpidem et zopiclone
    - **Anxiété associée** : benzodiazépine
    - **Réveil précoce avec signes dépressifs** : antidépresseur sédatif
    - **Insomnies rebelles :** neuroleptique
- **Autres traitements :**
  - D'autres alternatives telles que la **relaxation** peuvent être proposées, si l'état du patient le permet

5.4. SYNDROMES CONFUSIONNELS

5.4.1. DEFINITION ET CARACTERISTIQUES

- **Etat de faillite temporaire et réversible du fonctionnement cérébral, régressant suite à la prise en charge appropriée du facteur déclenchant (organique ou psychologique), fluctuant sur 24h, et s'accompagnant de troubles de la vigilance.**
- Fréquent en soins palliatifs, il **peut annoncer la phase terminale**
- Il **s'évalue en fonction de l'état psychique et cognitif antérieur** quand il peut être connu

5.4.2. PRISE EN CHARGE

- **Rapide** car :
  - Il est **source d'anxiété** pour le patient et sa famille
  - Il peut **entraîner déshydratation et arrêt de l'alimentation**
- La prise en charge **dépend de l'étiologie** en recherchant :
  - En premier lieu une étiologie **médicamenteuse** ou **toxique**
  - En second lieu une cause **métabolique** (surtout en cas de déshydratation) ou une cause **mécanique** (globe urinaire, fécalome)

5.4.3. MOYENS THERAPEUTIQUES

En cas de suspicion d'une étiologie médicamenteuse :

- Seuls les médicaments **essentiels doivent être gardés**
- **Diminuer leur posologie** si possible
- **Les remplacer** par des molécules avec moins d'effets secondaires
- Le **rôle des opioïdes** dans la survenue d'un syndrome confusionnel est à relativiser :
  - Un traitement bien équilibré n'entraîne pas de confusion
  - Mais elle peut survenir en cas d'intolérance aux opioïdes ou lors d'une titration morphinique.

Le traitement symptomatique consiste :

- A assurer au patient un **environnement calme, bien éclairé**
- A le **réorienter dans le temps et l'espace** fréquemment
- A **lui expliquer, ainsi qu'à son entourage**, ce qui lui arrive
- A **éviter si possible les changements dans l'équipe** soignante et surtout le transfert vers un autre service

Le traitement médicamenteux :

- Aucun médicament n'a d'AMM pour l'indication « confusion aiguë »
- **Seulement en cas d'échec des mesures précédentes**, sauf chez les malades très agités d'emblée, car il peut être lui-même confusiogène
- Les molécules indiquées sont :
  - En **première intention les neuroleptiques :**
    - Soit neuroleptiques « classiques » (halopéridol ou phénothiazines)
    - Soit en cas d'intolérance, les neuroleptiques atypiques (rispéridone, olanzapine)
  - En cas d'anxiété, en particulier dans les cas de sevrage :
    - Les benzodiazépines per os ou par voie parentérale (lorazépam, midazolam)

Surveillance et réévaluation : les **états confusionnels sont réversibles**

5.5. SECHERESSE DE LA BOUCHE ET ULCERATIONS BUCCALES

MOYENS THERAPEUTIQUES

Soin de bouche (bains de bouche au bicarbonate de sodium 1,4%,...)

- **Fréquence :**
  - **Au minimum après chaque repas**
  - Plus fréquemment en fonction de l'état de la bouche et des souhaits du patient
- **Impliquer l'entourage** dans la réalisation régulière de ce soin

Nettoyage des dents et des prothèses dentaires

Humidification buccale :

- **Boire** de l'eau
- **Sucer ou mastiquer** des cubes d'ananas, de la gomme à mâcher, de l'eau gélifiée ou des glaçons



- Appliquer des **compresses humides** sur les lèvres
- Utiliser de l'eau en **brumisation**

Bâtonnet gras :

- **En cas de sécheresse buccale**, à la fin du soin de bouche

TRAITEMENT CONTRE LA SECHERESSE BUCCALE
• **Soin de bouche** • **Bain de bouche au bicarbonate de sodium 1,4%** • **Nettoyage des dents** • **Humidification buccale** • **Bâtonnet gras** • **Baume hydratant labial**

5.6. SOINS DE BOUCHE SPECIFIQUES

5.6.1. BOUCHE DOULOUREUSE

Traitement **étiologique** (antifongique,…)

Traitement **symptomatique :**

- Antalgiques par voie générale
- **Anesthésiques locaux (lidocaïne 2%** gel) 2h avant les repas
- **Bain de bouche à l'aspirine** 3 fois par jour
- **Bains de bouche au sucralfate** 3 fois par jour
- Bains de bouche par méthylprednisolone, lidocaïne 2% ou bicarbonate 1,4%

5.6.2. MYCOSE BUCCALE

- **Antifongiques :**
  - **amphotéricine B en sirop** (faire un gargarisme puis avaler)
  - Miconazole comprimé buccal adhésif

5.6.3. BOUCHE HEMORRAGIQUE

- Alimentation froide et non irritante
- Application locale :
  - Lidocaïne adrénalinée
  - Acide tranexamique

5.7. ESCARRES, PLAIES MALODORANTES, ŒDEMES, PRURIT

5.7.1. ESCARRES

Objectifs :

- **Prévenir** la survenue de nouvelles escarres
- **Limiter au maximum l'extension** et éviter les complications
- **Traiter localement** l'escarre en étant attentif au confort du patient ainsi qu'au soulagement de la douleur
- **Maintenir le patient propre** et **diminuer au maximum l'inconfort physique et psychique** lié à l'escarre

Prévention :

- Elle repose sur l'identification des facteurs de risque au moyen :
  - Du **jugement clinique**
  - Des **échelles cliniques** de **Braden, Waterloo** et/ou **Norton**
- *Cf. chapitre concerné*

5.7.2. PLAIES MALODORANTES

- Des **pansements absorbants au charbon activé** peuvent diminuer les odeurs liées à une colonisation des plaies ou des escarres par des bactéries anaérobies
- Le **métronidazole** en traitement local ou par voie générale, ou bien en laisser un flacon ouvert dans la pièce

5.7.3. PRURIT

Soins de peau :

- **Premier temps du traitement symptomatique d'un prurit**

Peau sèche :

- Eviter : la chaleur, les bains trop chauds, les agents asséchants (savons trop détergents) ou irritants (lessives, vêtements en laine)
- Recommandé : usage fréquent d'une **crème émolliente**

En cas d'échec :

- Prurit **localisé** : **corticoïdes locaux**
- Prurit **généralisé** : **antihistaminiques, corticoïdes** par voie générale, mais leur efficacité est inconstante

5.7.4. ŒDEMES

Œdèmes :

- **Contention légère à modérée, par bandages ou dispositifs adaptés** (à condition qu'il n'existe pas d'AOMI)
- **Surélévation du ou des membres atteints** (sans dépasser l'épaule pour le membre supérieur ou la taille pour le membre inférieur)
- **Massages deux fois par jour**
- **Correction des troubles osmotiques** :
  - Le traitement diurétique n'a pas fait la preuve de son efficacité
  - Il peut donner une amélioration partielle et souvent temporaire
- ***A noter :***
  - Le **décubitus** prolongé entraine une **majoration de la natriurèse**, et ainsi une **déshydratation extra-cellulaire**
  - Or la dénutrition et d'autres facteurs tel que la perte du tonus sympathique entrainent la formation d'œdèmes.
  - Ces **œdèmes** ne sont donc pas toujours témoins d'une surcharge hydro-sodée mais peuvent au contraire être présents **chez des patients déshydratés**

Lymphœdème :

- Le lymphœdème des membres **peut parfois être réduit par une contention modérée à forte, par bandages ou dispositifs adaptés**, à condition qu'il n'existe pas de thrombose veineuse ou d'insuffisance artérielle et que le drainage lymphatique ne soit pas bloqué par une masse tumorale pelvienne ou abdominale
- La **réduction d'un lymphœdème demande au moins un mois**.
- Si la réduction du lymphœdème n'est pas possible, ne sont proposées que les **mesures de confort** déjà citées pour les œdèmes diffus ou déclives
- **En cas de thrombose veineuse** d'un membre atteint de lymphœdème, il est proposé d'**associer une contention légère à modérée au traitement étiologique**





5.8. DYSPNEE

5.8.1. PRISE EN CHARGE

- **Rechercher des signes cliniques de gravité** (fréquence respiratoire élevée, cyanose...)
- **Saturomètre,** qui confirme l'hypoxie
- **Repositionner** le patient pour améliorer la respiration (**position demi-assise**)
- **Utiliser les techniques de relaxation**
- **Faciliter les flux d'air** dans la chambre : **ouvrir la porte et les fenêtres**

5.8.2. MOYENS THERAPEUTIQUES

Traitement symptomatique selon le contexte clinique :

- **Syndrome cave supérieur :**
  - **HBPM à dose curative**
  - **Corticothérapie**
  - **Radiothérapie**
  - Voire endoprothèse
- **Lymphangite carcinomateuse :**
  - **Corticothérapie**
  - **Chimiothérapie**
- **Obstruction bronchique diffuse :**
  - bronchodilatateurs **β2 mimétiques**
- **Anxiété : Benzodiazépines à demi-vie courte** per os (lorazépam, bromazépam, alprazolam) ou par voie injectable (midazolam)
- **Sécrétions bronchiques très abondantes :**
  - La **réduction des apports hydriques et nutritionnels** est à discuter
  - **Anticholinergique** par voie sous-cutanée (scopolamine bromhydrate en première intention)

5.8.3. MOYENS THERAPEUTIQUES

Oxygénothérapie :

- **Recommandée en cas d'hypoxie prouvée ou suspectée**
- **Son utilisation n'est pas systématique en phase terminale**
- **Débit d'oxygène à délivrer : objectif de SpO2 fonction des antécédents éventuels de broncho-pneumopathie chronique obstructive du patient**

Dyspnées résistantes aux traitements :

- **L'utilisation des opioïdes est proposée**
- **Elle n'entraîne pas de détresse respiratoire aux doses initiales utilisées pour calmer la dyspnée**
- **Les posologies suivantes peuvent être proposées :**
  - **Chez les patients recevant déjà des opioïdes, augmenter les doses de 20 à 30%**
  - **Chez les patients ne recevant pas d'opioïdes, débuter par la moitié de la posologie initiale antalgique recommandée par le résumé des caractéristiques du produit**
- **Comme pour le traitement de la douleur, il est recommandé de pratiquer une titration de dose, avec l'utilisation d'interdoses dans les premiers jours de traitement.**

Dyspnée en phase terminale :

- **En cas de dyspnée asphyxique :**
  - **Morphine pour abaisser la fréquence respiratoire**
  - **Benzodiazépine en cas d'anxiété importante**

- **En phase ultime :**
  - **Préparer l'équipe soignante et les proches à la survenue d'une dyspnée asphyxique**
  - **Prévoir à l'avance les traitements à utiliser en urgence**

RECOMMANDATIONS ANAES SUR LA DYSPNEE EN SOINS PALLIATIFS
• Rechercher des signes cliniques de gravité • Préciser la gêne ressentie par le patient • Saturomètre pour mesure de la saturation en oxygène • Evaluer l'angoisse résultante pour le patient et son entourage • Rassurer par la parole et la présence de soignants • Repositionner le patient : position demi-assise • Conseils pour éviter la crise de panique • Utiliser les techniques de relaxation • Faciliter les flux d'air

5.9. TOUX, HOQUET REBELLE

5.9.1. TOUX

Traitement général :

- **Repositionnement** du patient dans son lit
- **Humidification** de l'air inspiré
- **Aérosols hydratants** (aérosols de sérum physiologique)
- **Bronchodilatateurs bêta-2 stimulants** en aérosols proposés s'il existe une composante obstructive.

Toux productive :

- **Humidification**
- **Kinésithérapie respiratoire,** si elle n'est pas douloureuse
- Si les **sécrétions bronchiques** sont **abondantes**, on peut proposer la **scopolamine (bromhydrate)** en sous-cutané

Toux sèche :

- **Antitussif opiacé ou non :**
  - **Il n'est pas recommandé d'utiliser la morphine**
  - L'utilisation de la codéine, de la phocoldine, de la dihydro-codéine ou du dextrométhorphane en sirop ou per os peut être proposée, que le malade reçoive ou non de la morphine
- Dernier recours en cas de toux résistante : **aérosols d'anesthésiques locaux**

5.9.2. HOQUET REBELLE

Hoquet sur distension ou irritation gastro-duodénale :

- **Principale cause** de hoquet rebelle
- Première intention
  - **Pansements digestifs** à base de charbon
  - **IPP et anti-acides** à base d'hydroxyde d'aluminium et de magnésium (Maalox®)
- Deuxième intention :
  - **Anti-émétique** stimulant la motricité gastro-duodénale (métoclopramide, dompéridone)





5.10. DYSPHAGIE

5.10.1. PRISE EN CHARGE

- **Rechercher une cause médicamenteuse** pouvant :
  - Assécher la muqueuse buccale
  - Exacerber une dysphagie (opioïdes, neuroleptiques, anticholinergiques, métoclopramide, dompéridone, etc.)
- **Adapter le traitement** quand c'est possible
- **Traiter la sécheresse buccale** par des soins de bouche adaptés

5.10.2. MOYENS THERAPEUTIQUES

Trouble de la déglutition :

- **Verre à encoche nasale** *(et non pas bec verseur)*
- Une texture **pâteuse ou gélifiée** des aliments
- Une alimentation froide
- La prise des repas en **position assise**

Obstruction :

- Première intention :
  - **Corticoïdes** à fortes doses
- Deuxième intention :
  - **Dilatation endoscopique**
  - **Endoprothèse œsophagienne**
  - Désobstruction au laser

Dernière intention :

- **Moyens :**
  - **Alimentation entérale par sonde nasogastrique**
  - **Alimentation entérale par gastrostomie**
  - **Alimentation parentérale en dernier lieu**

RECOMMANDATIONS ANAES SUR LE LA DYSPHAGIE PAR OBSTRUCTION

- **Traitement symptomatique (cf.)**
- **Dilatation endoscopique**
- **Pose d'une endoprothèse œsophagienne**
- **Désobstruction au laser**
- **Alimentation entérale par sonde nasogastrique**
- **Alimentation entérale par gastrostomie**
- **En dernière intention : alimentation parentérale**

5.11. NAUSEES, VOMISSEMENTS

5.11.1. PRISE EN CHARGE

- Dans tous les cas, **il est recommandé** :
  - De **lister les médicaments susceptibles** de provoquer ou d'aggraver des nausées et des vomissements
  - Proposer des **modifications thérapeutiques** adéquates
  - **Supprimer les stimuli susceptibles d'aggraver** les symptômes (odeurs, etc.)
  - De **fractionner les repas**
  - **Evaluer l'état d'hydratation**

5.11.2. MOYENS THERAPEUTIQUES

Stase gastrique ou obstruction partielle à la vidange gastrique :

- **Anti-émétiques prokinétiques** (métoclopramide ou dompéridone)
- **Réduction du volume alimentaire**
- **Inhibition de la sécrétion gastrique** par les antihistaminiques H_2 ou les inhibiteurs de la pompe à protons

Nausées et vomissements d'origine centrale :

- Causes : **troubles métaboliques, insuffisance rénale, prise d'opioïdes, chimiothérapie anticancéreuse**
- Première intention : **neuroleptiques anti-émétiques** (métoclopramide à forte dose ou halopéridol)
- Remarques : dans le cas particulier des nausées et des vomissements consécutifs à une chimiothérapie ou une radiothérapie, les antagonistes des récepteurs 5HT3 (sétrons) peuvent également être proposés

Irritation péritonéale :

- Première intention : **traitement antispasmodique**
- Deuxième intention : **scopolamine** bromhydrate par voie sous-cutanée

5.11.3. MOYENS THERAPEUTIQUES

Troubles vestibulaires :

- **Première intention : métopimazine**
- **Deuxième intention : scopolamine bromhydrate par voie injectable**

En derniers recours, en cas de vomissements d'origine digestive (occlusion entraînant des vomissements incoercibles ou fécaloïdes, atonie gastrique), on peut proposer un traitement par :

- **Octréotide**
- **Pose d'une sonde naso-gastrique :**
  - **supprime les vomissements dans la majorité des cas,**
  - **diminue le ballonement abdominal,**
  - **permet de conserver une alimentation liquide ou semi-liquide.**
- **Pose d'une gastrostomie.**

5.12. DENUTRITION, ANOREXIE, CACHEXIE

5.12.1. MOYENS THERAPEUTIQUES

Mesures communes :

- **Petites portions**
- **Préparations hyperprotidiques et hypercaloriques**

Mesures spécifiques en cas de gastroparésie :

- Signes : **sensation de satiété rapide et/ou nausées chroniques**
- Traitement : médicaments **prokinétiques** (métoclopramide, dompéridone ou cisapride)

Médicaments orexigènes :

- Les **corticoïdes** et les **progestatifs** (acétate de mégestrol, acétate de médroxyprogestérone) augmentent l'appétit et probablement le bien-être du patient

5.12.2. LA PLACE DE L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE ?

- En présence d'une anorexie persistante, cachexie, l'alimentation artificielle, entérale ou parentérale **n'est pas à proposer systématiquement**





- En effet, son **efficacité** est **limitée**, sa **morbidité non négligeable** et elle peut être source, surtout pour l'alimentation entérale par sonde naso-gastrique, **d'inconfort** pour le patient et de **difficultés de communication** entre le patient et son entourage
- La décision de l'arrêt de l'alimentation artificielle est à expliquer clairement au patient, mais aussi à sa famille car cet arrêt est source d'anxiété importante
- La sensation de faim disparaît généralement en moins de 48h, laissant ensuite place à une somnolence de majoration progressive.
- *Société Francophone de Nutrition clinique et métabolisme 2012 :*
  - La mise en route d'une nutrition artificielle n'est **pas recommandée** si l'**espérance de vie du patient est inférieure à 3 mois** et si l'atteinte fonctionnelle permanente est sévère (indice de **Karnofsky ≥50% ou PS ≥3**).
  - Dans tous les cas, si une nutrition artificielle est mise en place, une **réévaluation 15 jours après** est recommandée.

TRAITEMENT DE LA DENUTRITION EN SOINS PALLIATIFS

Bilan de l'état initial :
- **Bilan entrées et sorties**
- **Bilan de l'état buccal :** sécheresse, mycose buccale
- Troubles de la **déglutition**
- Signes de **gastroparésie**
- Etat **psychologique** du patient
- Faisant intervenir **diététicien et psychologue**

Traitements spécifiques :
- **Soins de bouche**
- Traitement d'une **gastroparésie**
- **Médicaments orexigènes**

Stimuler la prise alimentaire :
- Après évaluation de l'appétence personnelle
- Priorité **au plaisir et au confort du patient :**
  - Présentation attrayante des repas (même s'ils doivent ensuite être mixés)
  - Petites portions
  - Boissons fraîches
- **Soutien psychologique**
- Traitement de la douleur

Alimentation par voie orale :
- Nutrition **hyper calorique et hyper protidique**
- **Complément nutritionnel**
- **Hydratation**
- **Limiter l'alimentation par voie invasive**

Surveillance :
- Clinique
- Biologique (pré-albumine, albumine)

5.13. DESHYDRATATION

5.13.1. PRINCIPES GENERAUX

- En l'absence de cause curable, et particulièrement en phase ultime, si la réhydratation orale n'est pas possible, **il n'est pas recommandé une réhydratation parentérale systématique.**
- En effet une **sensation de soif** est **possible malgré l'hydratation** (anémie, morphiniques, mauvaise hygiène buccale,...) et sera **efficacement améliorée par des soins de bouche pluriquotidiens**.

- Une déhydratation relative peut s'avérer utile par **diminution des œdèmes, d'une éventuelle pleurésie et des sécrétions** pulmonaires, urinaires et digestives, par **diminution de la vigilance**, et peut entrainer une **sécrétion d'endorphines**.
- Si la décision de ne pas réhydrater le patient est prise, il est recommandé de diminuer progressivement les posologies des médicaments, en particulier des opioïdes, et d'assurer des **soins de bouche pluriquotidiens**.

A noter : l'**hydratation** et l'**alimentation** ne sont pas considérés comme des *soins* mais comme des ***traitements*** et peuvent donc être arrêtés

5.13.2. REHYDRATATION PARENTERALE

- La réhydratation parentérale peut n'être **proposée qu'en cas de symptômes gênants pour le malade** (sensation de soif non contrôlée par des soins de bouche pluriquotidiens, confusion).
- En l'absence de symptômes, **la décision dépend :**
  - De la **maladie** du patient et de son **stade évolutif**
  - De ses **souhaits** (ou de ceux de sa famille, s'il ne peut les exprimer)
  - De l'ensemble de **l'équipe soignante**
- Si une réhydratation parentérale est indiquée :
  - Privilégier la **voie sous-cutanée** (sauf si le malade a déjà un abord veineux), généralement en **sous-claviculaire**
  - Elle permet un **apport de 500 ml à 1 litre par 24 heures**

5.14. TROUBLES DU TRANSIT : CONSTIPATION, OCCLUSION, DIARRHEE

5.14.1. CONSTIPATION

Mesures préventives :

- **Activité physique régulière**
- **Massages du cadre colique**
- Consommation de **fibres alimentaires**
- **Hydratation orale adéquate**
- **Anticiper les effets constipants de certains médicaments** tels que : opioïdes, anticholinergiques, imipraminiques
- **Fécalome :**
  - **Le rechercher systématiquement** devant l'apparition soudaine d'une incontinence urinaire, d'une rétention d'urines, d'une diarrhée, d'une confusion, d'une agitation, de douleurs abdominales, de nausées ou de vomissements.
  - Un toucher rectal négatif n'exclut pas le diagnostic de fécalome

Mesures curatives :

- **Constipation liée aux opioïdes :**
  - Les laxatifs proposés en première intention sont les **laxatifs osmotiques ou stimulants**
- Lésions neurologiques :
  - Traitement au long cours : laxatifs par voie rectale
- **Fécalome :**
  - En cas de fécalome **bas situé** (perçu au toucher rectal) : **suppositoires laxatifs** en association éventuelle avec un **lavement à l'eau tiède** avec des produits lubrifiants
  - En cas de **fécalome haut situé** : **association d'un laxatif péristaltogène intestinal à un laxatif stimulant**

5.14.2. CONSTIPATION INDUITE PAR LES OPIOIDES (SFAP 2008)

Au 3ème jour sans selle :

- Eliminer une **occlusion** intestinale
- **Renforcer les règles hygiéno-diététiques**



- **Augmenter la posologie des laxatifs**
- **Traitement rectal par suppositoire**

Au 4ème jour sans selles :
- Eliminer un **fécalome** au **toucher rectal**
- Si présence de selles au TR : **lavement rectal**
- **Selon la compliance au traitement et le contexte :**
  - **Bithérapie** par **laxatifs osmotiques et stimulant**
  - **Ou** pousuite du laxatif et ajout d'un **antagoniste morphinique périphérique (Méthylnatrexone SC)**
- Si reprise d'un transit à 48h : **bithérapie** par laxatifs osmotiques et stimulant

5.14.3. OCCLUSION INTESTINALE

Principes :
- **En cas d'occlusion intestinale, la chirurgie palliative est à discuter en première intention.**

5.14.4. OCCLUSION SUR CARCINOSE PERITONEALE (groupe de travail pluri-professionnel, Médecine palliative 2012)

***Etape 1 :* De J1 à J3 :**
- Patient **à jeûn (traitements par voie parentérale)**
- **Réhydratation** (IV ou SC)
- **Antalgiques** de palier adapté
- **Antisécrétoire gastrique : IPP**
- **Antiémétique : neuroleptique**
  - Attention : Métoclopramide contre-indiqué en cas d'occlusion complète
- **Corticothérapie forte dose en cure courte (5-10 jours)**
- **Antisécrétoire anticholinergique : Butylbromure de Scopolamine**
- Si récidive précoce ayant bien répondu précédemment : **analogue de la somatostatine (Octréotide, Lanréotide LP)**
- Si vomissements répétés : discuter SNG

***Etape 2 :* Réévaluation à J4 :**
- **Si levée de l'occlusion :**
  - **Diminution des corticoïdes et de la scopolamine** jusqu'à la dose minimale efficace (voire arrêt)
  - Réévaluation des autres traitements symptomatiques
- **Si persistance de l'occlusion et des vomissements : introduction des analogues de la somatostatine**
- Si utilisation d'emblée des analogues de la somatostatine : passer à l'étape 3

***Etape 3 :* Réévaluation à J7 :**
- **Levée franche de l'occlusion :**
  - Arrêt de l'analogue et de la scopolamine
  - Discuter traitement laxatif
- **Levée partielle, ou pas de levée mais contrôle des symptômes :**
  - Poursuite de l'analogue utilisé (avec relai par forme LP si LI initialement)
  - Diminution et arrêt des corticoïdes et de la scopolamine
- **Persistance des vomissements ou SNG donnant ≥1L/24h :**
  - Arrêt de l'analogue et de la scopolamine
  - Discuter gastrostomie de décharge

5.14.5. DIARRHEE

Prise en charge :

- Il est recommandé de **rechercher en priorité :**
  - **Une étiologie médicamenteuse** (surdosage en laxatifs, alternance diarrhée-constipation liée aux opioïdes, prise d'anti-acides, d'antibiotiques, d'AINS, d'anti-néoplasiques,…)
  - **Un fécalome**, responsable de fausse diarrhée

Traitement symptomatique :

- **Adaptation du régime alimentaire**
- **Soins d'hygiène, changes répétés**, **protection de la peau du périnée et de l'anus** par des crèmes protectrices
- **Anti-diarrhéiques**, après élimination d'une fausse diarrhée liée à un fécalome :
  - En première intention : **Lopéramide**
  - En cas d'échec : Racécadotril (nouvelle DCI de l'acétorphan) ou codéine

5.15. TROUBLES URINAIRES

5.15.1. HEMATURIE MACROSCOPIQUE

- Essayer de **supprimer la cause du saignement** (embolisation artérielle en cas de saignement d'origine rénale, électrocoagulation en cas de saignement vésical)
- **Si ce n'est pas possible** : pose d'une **sonde vésicale à double courant** permettant des lavages répétés, et/ou une irrigation continue

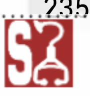
5.15.2. INCONTINENCE

- En cas d'incontinence, le sondage à demeure n'est proposé qu'en cas d'inefficacité d'un traitement médicamenteux adapté à la cause ou d'inefficacité des **protections**, du **sondage intermittent** ou de l'**étui pénien**

5.15.3. RETENTION D'URINES

- En cas de rétention d'urines, il est recommandé de **drainer la vessie en urgence**, puis de **rechercher une cause** iatrogène (opioïdes, imipraminiques) et/ou une obstruction urétrale





Conférences de consensus – Recommandations ITEM 136

Année	Source	Titre
2002	ANAES	Soins palliatifs et recommandations
2004	ANAES	Accompagnement des personnes en fin de vie
2005	Législatif	Loi Léonetti
2008	SFAP	Prévention et traitement de la constipation induite par les opioïdes chez le patient relevant de soins palliatifs
2009	INPES	Soins palliatifs et accompagnement
2009	INPES	Soins palliatifs et accompagnement
2009	SFAP	Sédations
2010	AFSSAPS	Douleur rebelle en situation palliative avancée
2010	SFAP	Sédation pour détresse en phase terminale : situations complexes
2012	SFNEP	Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : place de la nutrition artificielle dans la prise en charge des patients atteints de cancer
2012	Groupe de travail pluriprofessionnel et membres de différentes sociétés savante	Traitement symptomatique de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale : Recommandations de bonnes pratiques cliniques
2013	Observatoire National de la Fin de Vie	Fin de vie des personnes âgées – Rapport 2013
2014	Observatoire National de la Fin de Vie	Fin de vie et précarité – Rapport 2014
2015	SFAP	Recommandations sur la toilette buccale
2016	Code de la Santé Publique	Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Sujets tombés à l'ECN ITEM 136

Année	Contenu
2006	Cancer bronchique métastatique : annonce du diagnostic, prise en charge globale multidisciplinaire
2016	Patient de 74 ans, cancer métastatique. Introduction d'un traitement opioïde (dose, prévention de la constipation), antalgique spécifique des douleurs neuropathiques, refus de traitement par le patient et réaction du médecin, obstination déraisonable, personne de confiance, procédure collégiale, consultant, directives anticipées, prescriptions anticipées

Chapitre 15

UE 5
Item 137

SOINS PALLIATIFS PLURIDISCIPLINAIRES CHEZ UN MALADE EN FIN DE VIE. (2)

ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE MALADE ET DE SON ENTOURAGE. PRINCIPAUX REPERE ETHIQUES.

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- ***Se comporter de façon appropriée avec une personne atteinte de maladie létale. Savoir communiquer avec les personnes malades et leurs proches lorsque la visée principale des traitements devient palliative. Connaître les mécanismes psycho-adaptatifs du patient atteint de maladie grave. Connaître des repères pour être en relation et accompagner une personne malade et son entourage.***
- ***Se comporter de façon adaptée lorsqu'un patient formule un refus de traitement ou un souhait de mourir.***
- ***Aborder les questions éthiques, légales et sociétales posées lors des phases palliatives ou terminales d'une maladie grave, chronique ou létale.***
- ***Participer à une délibération, personnelle et collective, et à une prise de décision dans les situations où se pose un questionnement relatif à des investigations, des orientations de traitements (notion de proportionnalité) : hydratation ou nutrition artificielles, transfusion, antibiotique, corticoïdes, anticoagulants, chimiothérapies.***

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- ***Proportionnalité des soins, obstination déraisonable***
- ***Autonomie, justice, bienfaisance, non-malfaisance***
- ***Loi Léonetti***
- ***Directives anticipées***
- ***Personne de confiance***
- ***Procédure collégiale***

Pour mieux comprendre

- L'accompagnement en situation de fin de vie doit concerner à la fois le patient lui-même et son entourage.
- Certains symptomes sont habituels dans ces situations mais leur traitement nécessite une adaptation personnalisée : préserver la dignité du malade par la proportionnalité des soins doit être un objectif éthique et légal.

Plan du chapitre :

1. Problèmes éthiques posés par les situations en fin de vie
2. Accompagnement en fin de vie
3. Décès et législation





ITEM 137

1. ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE (RECOMMANDATIONS ANAES)

1.1. COMMENT RECONNAITRE ET RESPECTER LES ATTENTES, LES DEMANDES ET LES DROITS DES PERSONNES EN FIN DE VIE ?

1.1.1. QUELS SONT LES DROITS DES PATIENTS EN FIN DE VIE ?

- Il s'agit notamment du **droit aux soins palliatifs et à l'accompagnement**, du droit à l'**information**, à **l'autonomie** et au **consentement dans la prise de décision**, et à la **désignation d'une « personne de confiance ».**
- (cf infra)

1.1.2. COMMENT COMMUNIQUER AVEC LA PERSONNE QUI PRESSENT SA MORT, FACE A SES DESIRS, SES DEMANDES ET SES CRAINTES ?

- La **demande de mort est parfois exprimée par le malade**.
- Cette démarche tient parfois à l'**ambivalence** de la personne malade en fin de vie ou au besoin d'être mieux **soulagée, comprise, réconfortée** ou **confortée dans sa dignité.**
- Il importe de **ne pas juger** a priori, d'accorder à cette demande l'**attention** qu'elle mérite, de témoigner en ces circonstances tout particulièrement un **respect profond** et d'y **consacrer tout le temps nécessaire** dans le cadre de procédures formalisées.
- Il est impératif de **distinguer l'abstention ou l'arrêt d'une thérapeutique de suppléance vitale, la sédation visant au soulagement de symptômes intolérables, de ce que constitue une interruption délibérée de la vie**. Le terme générique d'« euthanasie » employé indifféremment pour qualifier ces trois situations est à la source de confusions et ne doit donc pas être utilisé du fait de son caractère réducteur.
- **L'abstention thérapeutique, l'arrêt d'une thérapeutique de suppléance vitale ou la sédation ne s'opposent pas au processus conduisant à la mort,** tout en ne la provoquant pas de manière délibérée. Il s'agit là d'une démarche d'accompagnement de la personne jusqu'au terme de sa vie, relevant strictement des missions, compétences et responsabilités des professionnels de santé.

1.2. ACCOMPAGNER JUSQU'AU BOUT

DYNAMIQUE RELATIONNELLE : PERSONNE MALADE, FAMILLE, PROCHES, EQUIPE (PROFESSIONNELS ET BENEVOLES)

La fin de vie est un **processus irréversible** qui nous oblige à envisager l'imminence de ruptures. Une dynamique **transdisciplinaire** s'impose.

Personne malade :

- La personne malade exprime parfois des projets **ambivalents** dans le cadre d'échanges.

Famille et proches :

- La personne malade peut souhaiter bénéficier du soutien constant de ses proches et maintenir avec eux une relation intime.
- Il importe de prévenir et d'accompagner les situations de crises, sources de violences potentielles et de deuils pathologiques.

Professionnels et **bénévoles :**

- En fin de vie, l'intensification et la diversification des besoins justifient la pluralité d'approches assumées par les professionnels de santé et les membres d'associations de bénévoles.
- Il convient de veiller à la mise à disposition de l'ensemble des intervenants**, soignants** et bénévoles, des outils de **communication et de transmission** et y consacrer les **moyens nécessaires** en termes de dispositifs pratiques, d'organisation rigoureuse ainsi que d'anticipation des crises.

ITEM 137

2. PROBLEMES ETHIQUES POSES PAR LES SITUATIONS EN FIN DE VIE (ANAES – Code de déontologie – Législation)

2.1. PRINCIPES GENERAUX DE L'ETHIQUE

2.1.1. DEFINITION DE L'ETHIQUE

Ensemble des **règles :**

- Dictant la **responsabilité morale du médecin**
- Concernant **le respect, la dignité et la qualité de vie des patients**

2.1.2. TEXTES DE REFERENCE PRINCIPAUX EN RAPPORT AVEC L'ETHIQUE

- Serment **d'Hippocrate**
- **Code de déontologie médicale** (1947)
  - Article 2 : Le médecin, **au service de l'individu** et de la santé publique, exerce sa mission dans le **respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.**
  - Article 38 : Le médecin doit **accompagner le mourant** jusqu'à ses derniers moments, assurer par des **soins et mesures appropriés la qualité d'une vie** qui prend fin, **sauvegarder la dignité** du malade et **réconforter son entourage**. Il **n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.**

A noter : le Code de Déontologie Médicale fait partie du **Code de la Santé Publique**

- **Code de déontologie médicale** (1947)
- **Déclaration d'Helsinki** (1964, recherche clinique)
- **Loi Huriet-Sérusclat** (1988, recherche clinique)
- **Lois de bioéthique** (1994 révisée en 2004 puis en 2011)
- **Loi du 19 juin 1999 :** Première notion de « soins palliatif » dans la législation
- **Loi Kouchner (4 mars 2002) :** établit les notions de « Droit des malades », « Droits des personnes handicapées », etc.
- **Loi Léonetti (22 avril 2005) relative au droit des malades et à la fin de vie**
  - Lutte contre l'obstination déraisonnable (« Acharnement thérapeutique »)
  - Autonomie (patient libre de consentir ou refuser des soins)
  - Renforce la personne de confiance, introduit les directives anticipées
  - Double effet (recourir à un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abréger la vie)
  - Collégialité et transparence des décisions de limitation des soins
- **Loi Leonetti-Claeys du 2 février 2016 : nouveaux droits en faveur des personnes en fin de vie**

NB : retenir uniquement les années de parution des lois

2.1.3. LOI LEONETTI-CLAEYS EN DETAILS

- La **« lutte contre l'obstination déraisonnable »** ne devient plus une **POSSIBILITE mais un DEVOIR** pour le médecin : si les traitements n'ont d'autre effet que le seul maitien artificiel de la vie, alors, sous réserve de la prise en compte de la volonté du patient et selon une procédure collégiale, ils sont SUSPENDUS ou NON ENTREPRIS
- Les décisions de **refus d'acharnement thérapeutique** sont maintenant divisées en 2 situations :
  - *Le patient peut s'exprimer :* le médecin DOIT respecter sa volonté
  - *Le patient ne peut s'exprimer :* dans ces conditions, le médecin doit tout faire pour **receuillir la volonté du patient** (directives anticipées). En l'absence de **directives anticipées, il recueille l'avis de la personne de confiance** et, en l'absence de personne de confiance, celui de la famille ou des proches.
  - Au total : **Directives anticipées > Personne de confiance > Famille et entourage**

- Les directives anticipées n'ont **PLUS DE LIMITE DE VALIDITE** (elles sont maintenant toujours valides, même après un délai de rédaction > 3 ans), et **s'imposent au médecin SAUF dans 2 situations :**
  - En cas d'urgence vitale, le temps de faire le diagnostic
  - Si manifestement inappropriées (sur décision collégiales)
- Le **« double effet »** est renforcé, et doit maintenant être mentionné dans le **dossier médical.**
- **Création d'un « Droit à la sédation » :**
  - Patient en capacité de s'exprimer : sédation profonde et continue jusqu'au décès, associée à une analgésie et un arrêt de tous les traitements de maintien en IV, et ce dans 2 situations = **patient atteint d'une affection grave et incurable, dont le pronostic vital est engagé à court terme ayant une souffrance réfractaire, OU lorsque l'arrêt d'un traitement engage le pronostic vital à court terme (double effet)**
  - Dans l'incapacité de s'exprimer : lors de la décision de l'arrêt des traitements de maintien de vie
  - **Procédure collégiale** nécessaire pour vérifier les conditions d'application **+ registre** de tous les patients par établissement

2.1.4. 4 PRINCIPES DE L'ETHIQUE

Non malfaisance : Primum non nocere

- **Ne pas nuire**

Bienfaisance

- **Soulager le patient et assurer son bien-être**

Autonomie du patient

- Le médecin doit :
  - **Informer et conseiller le patient**
  - **Laisser le patient prendre ses décisions seul**
- Deux questions :
  - Sont-ils aptes ?
  - Le désirent-ils ?

Justice

- **Primauté de la personne**
- **Soins apportés indépendamment :**
  - **Du sexe et de l'âge**
  - **De la religion, l'ethnie ou la provenance**
  - **Du contexte**

2.1.5. PRINCIPES GENERAUX DANS LES CAS DIFFICILES IECN 2016

Code de la Santé Publique et Loi Loi sur la fin de vie de 2016

En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de :

- **Soulager les souffrances** du malade par des moyens appropriés à son état
- **L'assister moralement**

Il doit **s'abstenir de toute obstination déraisonnable** dans les investigations ou la thérapeutique

Il **peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements** :

- Qui apparaissent inutiles, **disproportionnés**
- **Qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie**

2.1.6. PATIENT CONSCIENT IECN 2016

Code de la Santé Publique et Loi sur la fin de vie de 2016

- « Le médecin a l'obligation de **respecter la volonté** de la personne **après l'avoir informée des conséquences de ses choix** et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle **doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable**.

- Elle **peut faire appel à un autre membre du corps médical**.
- L'ensemble de la procédure est **inscrite dans le dossier médical** du patient.
- Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs »

2.1.7. PATIENT HORS D'ETAT D'EXPRIMER SA VOLONTE ET CAS DIFFICILES IECN 2016

Code de la Santé Publique et Loi Loi sur la fin de vie de 2016

Le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements sans avoir préalablement mis en œuvre une **procédure collégiale :**

- La décision est prise par le médecin en charge du patient :
  - **Après concertation avec l'équipe de soins**
  - Sur l'avis motivé d'**au moins un médecin**, appelé en qualité de **consultant**
  - Le consultant ne doit avoir **aucun lien hiérarchique** avec le médecin en charge du patient, et **doit examiner cliniquement** le malade.
- La décision prend en compte :
  - Les **souhaits que le patient** aurait **antérieurement** exprimés, en particulier dans des directives anticipées
  - L'avis de la **personne de confiance** qu'il aurait désignée
  - L'avis de la **famille** ou celui d'un de ses proches
- Lorsque la décision concerne un mineur ou un majeur protégé :
  - Le médecin recueille l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur
  - Hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation
- **La décision est motivée par l'équipe de soins.**
- **Sont inscrits dans le dossier médical :**
  - Les avis recueillis
  - La nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins
  - Les motifs de la décision

2.1.8. PERSONNE DE CONFIANCE

- Lorsqu'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable (quelle qu'en soit la cause), est hors d'état d'exprimer sa volonté et a désigné une **personne de confiance**,
- L'**avis** de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, **prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées**, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin

A noter : Les **mineurs** et les personnes sous **tutelle** ne peuvent pas nommer de personne de confiance et ni rédiger de directives anticipées

2.2. ANNONCE D'UN DIAGNOSTIC GRAVE ABOUTISSANT A UNE SITUATION DE SOINS PALLIATIFS (ANAES – Code de déontologie – Législation)

2.2.1. QUELLES SONT LES QUESTIONS LEGITIMES POUR LE MEDECIN ?

Faut-il annoncer le diagnostic ?

Si oui,

- **Comment et de quelle manière ?**
- **Dans quelles limites ?**

Si non,

- **Quel membre de la famille informer ?**
- **Rester dans le secret médical**





2.2.2. FAUT-IL ANNONCER UN DIAGNOSTIC GRAVE ?

(Code de déontologie) (ANAES) (Cour de Cassation)

Pour : **Annoncer le diagnostic de gravité**

- **Code de déontologie (Article n°35) :**
  - « Le médecin **doit** à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une **information loyale**, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose »
- **ANAES :**
  - L'état du patient et son **évolution prévisible**, ce qui nécessite des **explications sur** la maladie ou l'état pathologique, et son **évolution habituelle avec et sans traitement**
- **Législatif** :
  - La jurisprudence se base sur le caractère d'une information claire, loyale, appropriée

Contre : **Ne pas annoncer le diagnostic de gravité**

- **Code de déontologie (Article n°35) :**
  - « **Toutefois**, **dans l'intérêt du malade** et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade **peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave**, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.
  - Un **pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection**, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite »
- **Législatif** (Arrêté du 23 mai 2000, Cour de Cassation) :
  - La **limitation doit être fondée «** sur des **raisons légitimes et dans l'intérêt du patient**, cet intérêt devant être **apprécié en fonction de la nature de la pathologie, de son pronostic et de la personnalité du malade »**

2.2.3. CONDITIONS DE LA NON INFORMATION (Conseil national des médecins)

Définition :

- C'est **l'exception** qui autorise, pour des raisons légitimes et dans son intérêt, à **tenir un malade** dans **l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves**

Quelle personne prend la décision : le **médecin**

Critères de décision :

- Nature de la **pathologie** et du **pronostic**
- Degré de **certitude** du médecin
- Raison **concernant le malade (et non les proches** du malade)
- **Personnalité** du patient et son risque de détresse ou de désespoir

Non-validité :

- Si le patient **expose des tiers à un risque de contamination** (**VIH**,...)
- Si l'état du patient **nécessite une prise de conscience pour un traitement immédiat**

Conduite à tenir :

- **Peut évoluer** dans le temps
- **Confier ses inquiétudes à un membre de la famille** (recommandation Code de Déontologie) :
  - Par **prudence** et par **loyauté**
  - En raison de **dispositions à prendre** par **l'entourage**
  - Pour amorcer un nécessaire **processus de deuil**
  - **Interlocuteur choisi** en fonction des circonstances

2.2.4. MODALITES PRATIQUES EN CAS DE PRONOSTIC FATAL

Informer le patient :

- Parce qu'il est le **premier concerné**
- Parce qu'il a le **droit à l'information** comme tout patient
- Parce qu'il a des **dispositions à prendre** en vue de sa probable disparition

Non-information du patient :

- **Informer la famille** (cf. ci-dessus)
- Ces **transmissions** doivent concerner :
  - La **mort prochaine**
  - **Pas** nécessairement sa **cause exacte** qui reste couverte par le **secret médical**
- Par ailleurs, le mourant garde un certain pouvoir de décision :
  - Qui a pu être exprimé antérieurement
  - Pour autoriser ou au contraire interdire (de façon tacite ou de préférence explicite) certaines communications
  - En désignant éventuellement un interlocuteur privilégié (tiers de confiance)

2.2.5. AU TOTAL

- **L'information est :** obligatoire, claire, loyale, appropriée
- **SAUF selon des circonstances bien précises :**
  - Et sur décision du médecin
  - Information possible de la gravité de la situation à la famille, sans nécessairement donner le diagnostique.

EXPLIQUER UNE DECISION DE SOINS PALLIATIFS

LIEU	• Dans un endroit **calme** • Dans un **environnement adapté** • **Respectant l'intimité** et le **secret médical** • En **consultation** ou dans une **chambre**
LANGAGE	• **Simple** • **Compréhensible** • **Adapté** au patient
INFORMATION DELIVREE	• Information **claire, loyale et appropriée** • S'appuyant sur un **discours rationnel** et technique. • De façon **progressive**, **laisser deviner** • Rester proche de la vérité sans abandonner • Rendre service **sans désespérer** • Projet thérapeutique **générateur d'espoir** • Etre très précis sur les évènements immédiats • Respecter les **opinions et croyances**
SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE	• Toujours adopter une attitude **d'écoute** et de **soutien** • **Laisser exprimer ses émotions** • Toujours **s'adapter aux réactions** qu'éprouve le patient dans son vécu. • **Soutien patient et famille** • Assurer le **confort** du patient. • **Revoir** le patient quelques heures après • S'engager à **partager une partie du fardeau** secondaire
RELATION	• **Respecter la dignité et l'autonomie** du patient • **Empathie** • Avoir pour seul **guide l'intérêt du patient**

2.3. PRISE EN COMPTE DES BESOINS SPIRITUELS (ANAES)

2.3.1. QUESTIONS SPIRITUELLES

- Sens de la vie
- Culpabilité
- Peur de la mort
- Perte de contrôle des événements
- Aspects religieux

2.3.2. PRISE EN CHARGE

- **Accompagnement éclairé**
- **Assistance affective et spirituelle**
- **Respect des convictions** du patient :
  - Respect des **opinions philosophiques et religieuses**
  - Respect de sa **dignité** et de son **intimité jusqu'au bout**
  - Dans la **discrétion**, la **confidentialité**
- **Aborder les questions spirituelles** avec les patients en favorisant l'expression des croyances et représentations en particulier lors de l'aggravation de la maladie et/ou à l'approche de la mort
- **Elaborer une réflexion au sein de l'équipe** afin :
  - D'établir une **relation de confiance et d'engagement** entre l'équipe soignante, le patient et son entourage
  - De rechercher le **soutien le plus adapté dans le respect de la vie privée**
- En **phase terminale :**
  - **S'enquérir des souhaits du patient** et de son entourage en matière de **rites funéraires**
  - Le patient et sa famille doivent avoir la certitude que les rites seront accomplis conformément à leurs volontés et aux préceptes religieux s'il y a lieu

2.4. PHASE TERMINALE ET AGONIE (ANAES)

2.4.1. DUREE

- On divise la phase terminale en **4 étapes :**
  - **La phase pré-agonique, réversible**
  - **L'agonie, irréversible**
  - **La mort cérébrale**
  - **La mort** (par arrêt cardio-respiratoire)
- La **phase terminale peut durer plusieurs jours**
- **L'agonie est souvent définie par les 48 à 72 heures qui précèdent la mort**

2.4.2. L'AGONIE

- L'**agonie** peut être identifiée par le **caractère rapidement évolutif de l'état général.**
- **Signes cliniques** des phases pré-agonique et agonique :
  - **Troubles de conscience** (somnolence et parfois coma entrecoupés de périodes de lucidité)
  - **Troubles respiratoires** (râles agoniques)
  - **Troubles de la déglutition**
  - **Troubles circulatoires** (hypotension artérielle, cyanose des extrémités, entraînant troubles trophiques au niveau des points de pression)
  - **Syndrome confusionnel**
  - Myoclonies, dyskinésies, contractures, voire convulsions
  - Elévation de la température corporelle et asthénie extrême
- **La disparition du réflexe cornéen marque le passage de la phase pré-agonique (réversible) à la phase agonique (irréversible).**

2.5. QUELS TRAITEMENTS LORS DE L'AGONIE (ANAES)

2.5.1. SOINS D'HYGIENE

- Les soins d'hygiène (toilette, rasage du malade) et en particulier les soins de bouche sont **à assurer jusqu'au bout**
- Etre le **moins traumatisants possible**

2.5.2. ALIMENTATION ET HYDRATATION PARENTERALES

- **L'alimentation parentérale n'est plus nécessaire** à ce stade
- Le **maintien d'une hydratation parentérale est à discuter** selon l'intensité des symptômes liés à la déshydratation
- Si le malade n'est pas réhydraté, des soins de bouche pluriquotidiens sont nécessaires

2.5.3. THERAPEUTIQUE ET VOIES D'ADMINISTRATION

- En fonction des situations d'urgence potentielles, des **prescriptions anticipées** sont à envisager et les traitements en cours sont à réévaluer afin de ne pas poursuivre des traitements dits « futiles » (par exemple antihypertenseurs hypoglycémiants)
- La **voie d'administration est à adapter à l'état du patient**, la fréquence des troubles de déglutition imposant souvent le passage d'une forme orale à une forme parentérale
- La **voie sous-cutanée peut être préférée** (sauf si le malade dispose d'une chambre d'injection implantable) en sachant que le collapsus cardiovasculaire des dernières heures peut compromettre la résorption des médicaments administrés par cette voie

2.5.4. DOULEUR ET ANTALGIE

- La douleur doit être soulagée jusqu'au **bout, même chez un patient** dans le coma
- Pendant l'agonie, les principes du traitement antalgique sont les mêmes que ceux déjà développés plus haut
- Les **antalgiques d'action rapide sont à privilégier**
- Une forme de douleur particulière à l'agonie est la douleur qui survient lors de toute mobilisation : elle est à prévenir par une **mobilisation douce**, une attention particulière lors des soins qui sont à regrouper au maximum, **l'administration avant tout soin ou toute mobilisation d'un supplément d'antalgie** complétant si besoin un traitement antalgique continu

2.5.5. DYSPNEE

- La **dyspnée de la phase terminale est plurifactorielle** et il s'agit souvent d'une polypnée superficielle associée à une anxiété.
- Dans ce cas, les **benzodiazépines d'action rapide** (par exemple le midazolam) utilisées à des doses anxiolytiques, non hypnotiques sont indiquées
- La **morphine** peut être nécessaire pour **ralentir le rythme respiratoire**.
- La **sédation par benzodiazépines** associées ou non à la morphine reste le dernier recours en cas de dyspnée résistante ou en cas de survenue d'un stridor aigu.
- Les **râles agoniques** peuvent être atténués par l'utilisation de **scopolamine** bromhydrate, à condition de l'utiliser précocement, quand les sécrétions qui encombrent l'oropharynx sont encore fluides ou peu abondantes.
- Sinon, **l'aspiration douce** dans l'arrière gorge reste le dernier recours.

2.5.6. HEMORRAGIE

- L'hémorragie de la fin de vie peut être particulièrement traumatisante pour le patient et ses proches.
- Quand l'hémorragie est massive, le seul recours est la sédation.
- Si l'hémorragie est prévisible, l'usage de draps ou de serviettes de toilette sombres peut rendre sa vue moins pénible.
- Dans ce cas également, les produits nécessaires pour la sédation doivent être si possible préparés à l'avance et très rapidement disponibles.





2.5.7. TROUBLES TROPHIQUES

- Les troubles trophiques sont souvent inévitables en fin de vie.
- Leur prise en charge n'est pas spécifique, cependant, une attention particulière doit être portée aux oreilles qui selon la position de la tête, peuvent très rapidement être le siège d'escarres douloureuses.

2.5.8. ANXIETE

- En cas de persistance d'une **anxiété importante** pendant l'agonie, des **benzodiazépines d'action rapide** peuvent être proposées.
- Au maximum, une sédation peut être indiquée et doit être discutée en équipe et avec les proches du patient.

2.5.9. PERTE DE CONSCIENCE

- La perte de conscience **ne doit pas être considérée comme inéluctable** lors de l'agonie et une étiologie pouvant bénéficier d'un traitement rapidement efficace (hypertension intra-crânienne, surdosage médicamenteux par opioïdes, neuroleptiques, benzodiazépines) est à rechercher
- Le **coma peut alterner avec des périodes de lucidité** donc, le maintien d'une communication orale et non verbale avec le patient, une **atmosphère paisible et la présence des proches sont à favoriser**
- Un **soutien particulier de ceux-ci est à prévoir** quand le coma se prolonge, car cette situation est particulièrement difficile à vivre pour eux
- L'apparition d'une **somnolence peut annoncer la phase terminale**
- Un **repli sur soi du patient avant sa mort est à respecter**

ITEM 137

3. DECES ET LEGISLATION

3.1. DIAGNOSTIC CLINIQUE DE MORT

3.1.1. SIGNES NEGATIFS DE VIE

- **Arrêt cardio-respiratoire persistant** (objectivé au test au miroir : pas de buée sur le miroir placé sous les narines du patient)
- **Abolition de la conscience, de l'activité motrice spontanée** et de la sensibilité
- **Mydriase aréflexique bilatérale** (abolition de tous les réflexes du tronc)
  - **Attention :** signe ni suffisant ni pathognomonique (exemple : une intoxication aux antidépresseurs tricycliques peut entrainer un coma avec mydriase bilatérale peu/pas réactive)

3.1.2. SIGNES POSITIFS DE MORT

Précoces

- **Refroidissement** (environ **1°C/heure**, complet en 24h)
- **Déshydratation**
- **Lividité** : correspond à la transsudation de **sang hémolysé** au niveau des **zones déclives.** Commencent à apparaître à H3 mais **ne sont fixées qu'à partir de H12.**
- **Rigidité** : débute à H3, maximum à H12, et disparaît vers H24-36

Tardifs

- **Putréfaction** : après **H36**, débutant par une tache verte en fosse illiaque droite
- **Transformation (adipocire / momification)**

Attention : piège très facile sur « signes *positifs de mort* » / « signes *négatifs de vie* »

3.1.3. TABLEAU DE VIBERT

- Il permet une datation approximative du décès.

< 6h	Corps **chaud / souple / sans lividité**
6-12h	Corps **tiède / rigide / lividité s'effaçant à la vitropression**
24-48h	Corps **froid** / rigide / **lividité fixée**
> 36h	Corps froid / **disparition de la rigité / putréfaction**

3.2. CERTIFICAT DE DECES

3.2.1. GENERALITES

- Le ***certificat* de décès** est **obligatoire** et doit être rédigé par un **médecin thésé**. Si celui-ci est absent, un interne peut rédiger un ***constat* de décès**.
- Ce certificat est divisé en **2 parties** : la **1ère** est **nominative et administrative**, la **2nde** est **anonyme et à but épidémiologique**

3.2.2. PREMIERE PARTIE

- **Nominative**
- **A but administratif**, destiné à l'**officier d'état civil** et permettant la délivrance du permis d'inhumer
- Comporte l'âge, le domicile du patient et la commune où a eu lieu décès
- Atteste du caractère réel et constant de la mort
- Elimine un **obstacle médico-légal** (suicide, décès par balle,...) ou une **obligation de mise en bière immédiate** (cf infra)
- Précise si obstacle au don du corps
- Précise si présence d'un **pace-maker**

3.2.3. DEUXIEME PARTIE

- **Anonyme** (seulement le sexe et la date de naissance)
- **A but épidémiologique**, destiné au **CepiDC**
- Comporte les **causes et** les **conditions du décès**

3.3. LEGISLATION

3.3.1. OBLIGATION DE MISE EN BIERE IMMEDIATE

En cercueil simple

- **VIH**
- **Hépatites** (sauf hépatite A)
- Maladie de **Creutfeldt-Jakob**
- **Rage**
- Tout état septique grave, sur prescription du médecin traitant

En cercueil hermétique avec système épurateur de gaz

- Variole
- **Peste**
- **Choléra**
- Charbon
- **Fièvres hémorragiques virale**

3.3.2. PACE MAKER

- Tout pace-maker **doit être retiré** avant inhumation ou crémation.
- Seuls les **médecins** et les **thanatopracteurs** sont autorisés à le faire.

3.3.3. DELAI

- L'inhumation ou la crémation doit avoir lieu **entre H24 et J6**.

Conférences de consensus – Recommandation ITEM 137

Année	Source	Titre
1998	Législatif	Arrêté du 20 juillet 1998 fixant la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires
2002	ANAES	Soins palliatifs et recommandations
2004	ANAES	Accompagnement des personnes en fin de vie
2005	Législatif	Loi Léonetti
2009	INPES	Soins palliatifs et accompagnement
2009	INPES	Soins palliatifs et accompagnement
2009	SFAP	Sédations
2010	AFSSAPS	Douleur rebelle en situation palliative avancée
2010	SFAP	Sédation pour détresse en phase terminale : situations complexes
2013	Observatoire National de la Fin de Vie	Fin de vie des personnes âgées – Rapport 2013
2014	Observatoire National de la Fin de Vie	Fin de vie et précarité – Rapport 2014
2016	Code de la Santé Publique	Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Sujets tombés à l'ECN ITEM 137

Année	Contenu
2006	Cancer bronchique métastatique : annonce du diagnostic, prise en charge globale multidisciplinaire
2016	Patient de 74 ans, cancer métastatique. Introduction d'un traitement opioïde (dose, prévention de la constipation), antalgique spécifique des douleurs neuropathiques, refus de traitement par le patient et réaction du médecin, obstination déraisonable, personne de confiance, procédure collégiale, consultant, directives anticipées, prescriptions anticipées

SOINS PALLIATIFS PLURIDISCIPLINAIRES CHEZ UN MALADE EN FIN DE VIE. (3) LA SEDATION POUR DETRESSE EN PHASE TERMINALE ET DANS DES SITUATIONS SPECIFIQUES ET COMPLEXES EN FIN DE VIE. REPONSE A LA DEMANDE D'EUTHANASIE OU DE SUICIDE ASSISTE.

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- *Connaître les indications de la sédation.*
- *Savoir délibérer individuellement et collectivement pour aboutir à une décision de sédation.*
- *Savoir mettre en œuvre et évaluer les effets d'une sédation pour un patient atteint de maladie létale.*
- *Comprendre la distinction entre une sédation pour détresse en phase terminale et une euthanasie.*
- *Savoir analyser une demande d'euthanasie ou de suicide assisté et apporter par tous les moyens légaux une réponse à la détresse qui sous-tend une telle demande.*

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- ***Sédation***
- ***Indications de sédation : complications aiguës à risque vital immédiat, symptôme réfractaire dont la perception est insupportable***
- ***Euthanasie***
- ***Suicide assisté***

Pour mieux comprendre

- Seuls quelques pays autorisent l'euthanasie : La Suisse, les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg, le Canada et quelques Etats des Etats-Unis.
- La différence essentielle entre suicide assisté et euthanasie réside dans la participation active du patient. Dans le cadre du suicide assisté, le patient s'auto-administre la drogue létale, tandis que dans le cadre de l'euthanasie, le corps médical est prescripteur et acteur de la fin de vie.
- Cela pose la question des personnes incapable de s'administrer ces drogues, notamment en cas de handicaps très lourds.
- Les indications de la sédation sont :
  - Les symptômes réfractaires en phase terminale et palliative
  - Les situations aiguës à risque vital en phase terminale
  - L'arrêt des traitements de suppléance en phase palliative

Plan du chapitre :

1. Sédation
2. Distinction entre sédation pour détresse en phase terminale et euthanasie
3. Demande d'euthanasie ou de suicide assisté



ITEM 136 137 138

1. SEDATION

1.1. DEFINITION

Sédation :

- **Diminution de la vigilance** par des moyens médicamenteux
- Pouvant aller jusqu'à la perte de conscience
- Afin d'**atténuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable**
- La sédation peut être appliquée **de façon intermittente, transitoire ou continue.**

Phase terminale :

- Défaillance de grandes fonctions vitales (cardio-circulatoire, respiratoire, neurologique)
- Aboutissant au décès en l'absence de réanimation

1.2. INDICATIONS

En phase terminale :

- **Les complications aiguës à risque vital immédiat :**
  - Les situations qui peuvent se compliquer d'un risque vital immédiat sont les **hémorragies cataclysmiques**, notamment extériorisées, de la sphère ORL, pulmonaire ou digestive et les **détresses respiratoires asphyxiques** (sensation de mort imminente par étouffement avec réaction de panique).
  - Il est recommandé d'évaluer préalablement la probabilité de la survenue d'une telle complication.
  - Lorsque la probabilité est élevée il est recommandé de rédiger une **prescription anticipée**. Peut etre paragraphe pour aller plus loin : au maximum presence d'un medecin lors de la sédation, decision noté dans le dossier medicale et bien expliquée a la famille, si p
- **Les symptômes réfractaires** :
  - Définition : tout **symptôme dont la perception est insupportable et qui ne peut être soulagé en dépit des efforts obstinés pour trouver un protocole thérapeutique adapté sans compromettre la conscience du patient**.
  - C'est le caractère **réfractaire** et la **pénibilité** du symptôme pour la personne malade qui justifient la sédation. Il n'y a donc pas à établir une liste exhaustive de symptômes.

En phase palliative :

- **Un symptôme réfractaire en phase palliative peut être une indication de sédation intermittente ou transitoire.**
- **Un arret des traitements de suppléance peut être une indication de sédation intermittente ou transitoire**
- **A noter : L'arrêt de l'alimentation ou de l'hydratation artificielle ne justifient pas forcément d'une sédation**

1.3. PRISE DE DECISION

Avant de mettre en place une sédation, il faut pouvoir répondre à certaines questions :

- L'équipe est elle compétente en sons palliatifs ?
- Est-ce que les objectifs de la sédation ont été compris par l'équipe ?

- Est-ce que l'ensemble des informations a été donnée au patient et à ses proches ?
- Est-ce qu'un processus collégial a été mis en place ? La délibération collégiale et sa conclusion sont inscrites dans le dossier patient

Il est important d'anticiper les situations pouvant nécessiter une sédation, et de prévoir dans ce cas des « prescriptions anticipées »

1.4. MISE EN ŒUVRE

Conditions :

- Les équipes **doivent avoir une compétence en soins palliatifs** (expérience, formations) pour pratiquer une sédation.
- Si cette compétence n'est pas présente, il y a nécessité de faire appel à des personnes ressources (équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs, réseau de soins palliatifs, USP, etc.) ;
- Les **conditions préalables** suivantes sont nécessaires pour pouvoir réaliser une sédation dans certaines structures (EHPAD,...) et à domicile :
  - **Personnel référent, compétent en soins palliatifs**, prévenu et joignable
  - **Médecin régulateur du SAMU prévenu de la situation**, ou bien courier expliquant le caractère non-réanimatoire du patient
  - **Disponibilité du médicament**
  - **Prescription anticipée** en cas de nécessité de sédation en urgence
  - **Disponibilité du médecin** pour faire des visites régulières
  - Possibilité d'un **suivi infirmier régulier**
  - **Possibilité de contacter un médecin** ou un infirmier à tout moment
  - **Assentiment de l'entourage** (famille, proches, auxiliaires de vie, etc.) et présence continue pour que la sédation ait lieu au domicile
- Si ces conditions ne sont pas remplies, la sédation ne doit pas être réalisée dans ces lieux. Un transfert en milieu hospitalier adapté doit être envisagé.

Thérapeutique :

- Le médicament de choix pour la sédation en phase terminale pour détresse est le **midazolam**.
- Le midazolam est utilisable utilisable chez l'enfant, l'adulte, le sujet âgé, en institution et au domicile (via une **rétrocession** par une pharmacie hospitalière ou un service d'HAD).
- La **voie parentérale est recommandée**, intraveineuse ou sous-cutanée.
- L'administration se fait par **titration**, par injection de **1mg** toutes les 2-3 minutes jusqu'à atteindre le stade 4 de l'échelle de Rudkin. Puis entretien avec une dose égale à 50% de la dose nécessaire à la sédation, en perfusion horaire
- En cas d'inefficacité du midazolam, il faut le remplacer par un médicament sédatif d'une autre classe pharmacologique : il n'est pas logique de prescrire une autre benzodiazépine.

1.5. EVALUATION DES EFFETS

- L'évaluation de la profondeur de la sédation se fait, chez l'adulte, **toutes les 15 minutes pendant la première heure, puis au minimum 2 fois par jour.**
- **L'adaptation de la posologie** du médicament sédatif se fait selon les critères suivants :
  - Le **degré de soulagement** du patient
  - La **profondeur de la sédation** par un **score supérieur ou égal à 4 sur l'échelle de Rudkin chez l'adulte**
  - L'intensité des **effets secondaires**

1.6. ECHELLE D'EVALUATION DE LA SEDATION SCORE DE RUDKIN

Score	Niveau de sédation
1	Patient complètement **éveillé et orienté**
2	Patient **somnolent**
3	Patient avec les **yeux fermés, mais répondant à l'appel**
4	Patient avec les **yeux fermés, mais répondant à une stimulation tactile légère** (traction sur le lobe de l'oreille)
5	Patient avec **les yeux fermés et ne répondant pas à une stimulation tactile légère**

TEM 138

2. DISTINCTION ENTRE SEDATION POUR DETRESSE EN PHASE TERMINALE ET EUTHANASIE

	EUTHANASIE ET SUICIDE MEDICALEMENT ASSISTE	SEDATION
DOSE DE MEDICAMENT	Dose **létale**	Dose **thérapeutique**, Par **titration**
INTENTION	Mettre fin à la vie du malade	Soulagement par diminution de la vigilance
DECES	Effet recherché Rapide	« Double effet » de la sédation : décès possible mais non recherché Non systématique, parfois long

2.1. DEFINITIONS

Euthanasie :

- Injection (= action) d'une **dose létale** de médicament
- Executée par un **tiers**,
- A la demande du patient
- Dans un contexte de maladie grave afin de faire cesser une situation jugée insupportable.

Suicide médicalement assisté :

- **Prescription MEDICALE** d'une drogue mortelle
- **Auto-administrée**
- A la demande du patient
- Dans un contexte de maladie grave afin de faire cesser une situation jugée insupportable.

Limitation ou Arrêt de Traitements Actifs (LATA)

- Décision médicale d'arrêt, de non-instauration, ou de non optimisation des traitements
- Qu'ils soient thérapeutique ou de suppléance vitale
- « Ne plus s'opposer à la survenue de la mort »

2.2. CONTEXTE

- 20% des patients présentant un cancer jugé incurrable auront des envies de mort
- Mais seuls 1 à 4% exprimera clairement une demande de suicide assisté ou d'euthanasie

2.2. REPONDRE A LA DEMANDE

Comprendre : Une demande de suicide assisté peut correspondre à

- Un souhait de soulagement
- Un demande anticipée par peur (d'étouffer, de douleur…)
- Un souhait de parler de la fin de vie et des options possibles
- Une impression d'acharnement, une perte de sens
- Un souhait de mettre fin à sa vie

Devant une telle demande il faut :

- Ecouter, rassurer
- Expliquer les possibilité et la législation
- Rencontrer la famille et les proches

Conférences de consensus – Recommandations ITEM 138

Année	Source	Titre
2002	ANAES	Soins palliatifs et recommandations
2004	ANAES	Accompagnement des personnes en fin de vie
2005	Législatif	Loi Léonetti
2009	INPES	Soins palliatifs et accompagnement
2009	INPES	Soins palliatifs et accompagnement
2009	SFAP	Sédations
2010	AFSSAPS	Douleur rebelle en situation palliative avancée
2010	SFAP	Sédation pour détresse en phase terminale : situations complexes
2013	Observatoire National de la Fin de Vie	Fin de vie des personnes âgées – Rapport 2013
2014	Observatoire National de la Fin de Vie	Fin de vie et précarité – Rapport 2014
2016	Code de la Santé Publique	Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Sujets tombés à l'ECN ITEM 138

Année	Contenu
2006	Cancer bronchique métastatique : annonce du diagnostic, prise en charge globale multidisciplinaire
2016	Patient de 74 ans, cancer métastatique. Introduction d'un traitement opioïde (dose, prévention de la constipation), antalgique spécifique des douleurs neuropathiques, refus de traitement par le patient et réaction du médecin, obstination déraisonable, personne de confiance, procédure collégiale, consultant, directives anticipées, prescriptions anticipées

Chapitre 17

UE 5
Items 139-140

CONNAITRE LES ASPECTS SPECIFIQUES DES SOINS PALLIATIFS EN PEDIATRIE ET EN REANIMATION

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

OBJECTIFS DE L'ECN ITEM 139

- ***Evaluer les symptômes.***
- ***Connaître les soins, les traitements, l'accompagnement d'un enfant et de son entourage lors des phases avancées de maladies létales.***
- ***Connaître les spécificités des soins palliatifs associés aux situations de maternité, périnatalité, réanimation néonatale.***
- ***Connaître les caractéristiques du deuil périnatal.***
- ***Connaître les soins palliatifs auprès des enfants en situation de handicap évolutif.***

OBJECTIFS DE L'ECN ITEM 140

- ***Décrire la procédure collégiale et la décision médicale relative à l'introduction, la limitation, et l'arrêt des thérapeutiques actives.***

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- ***Implication parentale***
- ***Privilégier le domicile***
- ***Adapter à l'âge et au développement psycho-affectif***
- ***Spécificté des soins néonataux***
- ***Extubation première***
- ***Arrêt de la ventilation mécanique***
- ***Limitation des apports***

Pour mieux comprendre

- La prise en charge des soins palliatifs en pédiatrie et en réanimation répond aux règles décrites au sein des 3 items précédents.
- Cependant, certains aspects dus aux caractéristiques propres de l'âge ou de l'état du patient nécessitent une adaptation des règles classiques de soins palliatifs.

Plan du chapitre :

1. Soins palliatifs en pédiatrie
2. Soins palliatifs en réanimation

ITEM 139 140

1. SOINS PALLIATIFS EN PEDIATRIE

1.1. GENERALITES

1.1.1. DEFINITION GENERALE

- Le concept de soins palliatifs pédiatriques signifie une **prise en charge totale et active de l'enfant, corporelle, intellectuelle et spirituelle, ainsi qu'un soutien à sa famille**.
- Cette prise en charge **commence dès le diagnostic posé** et se poursuit, que l'enfant reçoive ou non un traitement curatif
- Les soignants doivent **évaluer et soulager la détresse physique, psychologique et sociale de l'enfant**.
- Des soins palliatifs efficaces requièrent une **approche multidisciplinaire large**, qui inclut la famille et associe les différentes structures de soins communautaires.
- Ils peuvent être prodigués **en structure médico-sociale, dans des centres de santé de proximité ou au domicile de l'enfant**.

1.1.2. DEFINITIONS SPECIFIQUES

- Les **maladies limitant la vie** sont définies comme des pathologies où une **mort précoce est habituelle**, comme par exemple dans la myopathie de Duchesne.
- Dans une **maladie menaçante**, il y a **un risque élevé de mort prématurée à cause d'une maladie grave**, mais il y a tout de même une chance de vivre jusqu'à l'âge adulte. Par exemple, un enfant soigné pour un cancer, ou admis en soins intensifs après un accident grave.

1.1.3. GROUPES ETIOLOGIQUES

Groupe 1 : **Maladies pour lesquelles un traitement curatif existe mais où l'échec est possible,** où l'accès aux soins palliatifs peut être nécessaire avec des tentatives de traitements curatifs et/ou si le traitement échoue.

Groupe 2 : **Maladies où une mort prématurée est inévitable, avec de longues périodes de traitement intense permettant de prolonger la vie**, permettant une participation à des activités normales, comme la mucoviscidose.

Groupe 3 : **Maladies progressives sans options de traitement curatif, où le traitement est uniquement palliatif**, et peut s'étendre pendant des années,

Par exemple les dystrophies musculaires

Groupe 4 : **Conditions irréversibles et non progressives**, avec des soins compliqués, prédisposant à des complications et la possibilité d'une mort prématurée.

Les exemples incluent la paralysie cérébrale, et de multiples pathologies suite à une atteinte cérébrale ou de la moelle.

Groupe 5 : **Nouveaux-nés à l'espérance de vie limité** ou imprévisible, en essayant autant que possible d'élaborer le projet de soin en anténatal.

Groupe 6 : Membres d'une famille ayant perdu un enfant de façon imprévue à la suite d'une maladie, d'une situation engendrée par une cause accidentelle ou dans la période périnatale

Par exemple Interruptions Volontaires de Grossesse, enfant mort-né

1.2. BESOINS EN SOINS PALLIATIFS EN PEDIATRIE

1.2.1. GENERALITES

- **Les enfants et les familles souhaitent généralement un maintien à domicile tout au long de la maladie et lors du décès**.
- Les structures de soins de proximité ne permettent pas de répondre à ce souhait.
- Bien qu'essentielle, l'offre de services de soins de support est insuffisante.
- Les structures proposées à ces enfants dépendent de leur domicile et du diagnostic, avec une meilleure offre pour les enfants atteints de cancer.

1.2.2. SOINS ADAPTES A L'AGE

- Les **parents sont le point central** du bien-être d'un enfant. Ils doivent être impliqués et présents dans tous les types de soins à leur enfant, guidés par l'âge et les souhaits de l'enfant.
- L'équipe soignante et l'environnement doivent pouvoir **s'adapter aux besoins des enfants d'âge différents selon leur développement psycho-affectif et leurs capacités de communication et de compréhension**.
- Les **activités éducatives et de loisirs,** adaptées à l'âge et à la capacité cognitive du patient, doivent être partie intégrante de la prise en charge.

1.2.3. L'EQUIPE DE SOINS

- Chaque région comporte une Equipe Régionale Ressource en Soins Palliatifs Pédiatriques (ERRSPP)
- Une **équipe spécifique spécialisée doit comporter au moins : un médecin, un infirmier, une assistante sociale, un psychothérapeute ou psychologue et un conseiller spirituel**.
- Des soins, des conseils et un soutien expert en soins palliatifs pédiatriques doivent être disponibles 24h/24 et 365 jours/an pour l'enfant et sa famille.
- Il est essentiel que l'équipe soignante **s'assure de la continuité des soins ville-hôpital**, en planifiant, mettant en commun les stratégies et les objectifs.
- Les soignants en prise directe doivent recevoir un soutien et une supervision psychologique.

1.2.4. COORDINATEUR DE SOINS / REFERENT

- Le référent **aidera la famille à mettre en place et à maintenir un réseau de soins professionnels**, pour que la famille soit assurée d'avoir accès aux services sociaux, à un support logistique, à des structures de répit, ainsi qu'un soutien spirituel.
- Le référent ou coordinateur sera le **lien principal, assurant la continuité**, s'assurant que les soins prodigués répondent bien aux besoins de l'enfant et de sa famille.

1.2.5. GESTION DE LA SYMPTOMATOLOGIE

- Chaque enfant doit avoir accès à une **gestion clinique, pharmacologique ou psychologique** professionnelle de la douleur et des autres manifestations de la maladie.
- Il faut s'intéresser aux **symptômes psychologiques, sociaux et spirituels, aussi bien qu'aux manifestations cliniques.**
- La gestion des symptômes doit être faite par des moyens acceptables par le patient, la famille et les professionnels.

1.2.6. SOINS DE REPIT

- Il est essentiel que la famille, les soignants ainsi que l'enfant puissent trouver des périodes de répit, que ce soit quelques heures ou plusieurs jours d'affilée.
- Il devrait être possible de fournir ces périodes de répit à domicile ou à l'extérieur, par exemple dans une maison de répit pédiatrique.

1.2.7. DEUIL

- Un soutien pour le deuil doit **débuter dès l'annonce du diagnostic et continuer tout au long de la maladie, jusqu'à la mort et au-delà, aussi longtemps que nécessaire**.
- Il doit être **accessible aux familles, soignants et à tous ceux qui sont touchés par la maladie et la mort d'un enfant**.
- Il est essentiel que le **soutien aux fratries** fasse partie intégrante des soins palliatifs.

1.3. ETHIQUE

1.3.1. EGALITE

- Chaque enfant a droit à l'**accès équitable** aux soins palliatifs, quelle que soit la situation financière de sa famille.

1.3.2. INTERETS DE L'ENFANT

- Chaque enfant a le droit de recevoir un traitement adapté à la douleur et aux autres symptômes, par des **moyens médicamenteux ou méthodes de prise en charge globale**, 24h sur 24, à chaque fois que nécessaire.
- Il est nécessaire de **prévoir et d'anticiper les besoins spécifiques** des adolescents et des jeunes adultes longtemps à l'avance.

1.3.3. EDUCATION

- L'éducation est un droit pour chaque enfant, et il faut lui permettre de **fréquenter son école habituelle**.
- Il faut donner à chaque enfant la **possibilité de jouer et de participer à des activités enfantines**.

1.3.4. COMMUNICATION ET PRISE DE DECISION

- Une **approche ouverte et honnête** sera la base de toute **communication**, qui sera **sensible et appropriée à l'âge de l'enfant et sa capacité à comprendre**.
- Les **parents** seront reconnus et considérés comme les soignants principaux et **seront impliqués** comme partenaires primordiaux dans les soins et les décisions concernant leur enfant.
- Une **information** sur les modalités et les objectifs de prise en charge, ainsi que sur la maladie et sa gravité, **sera fournie aux parents, à l'enfant lui-même, et à la fratrie selon leur âge et capacité de compréhension**. On tiendra compte du besoin de l'entourage.
- Chaque **enfant aura la possibilité de participer aux décisions le concernant** (concernant ses soins) selon son âge et capacité à comprendre.
- Les situations pouvant être sources de conflits doivent être anticipées, et des procédures de communication précoces, d'intervention thérapeutique, ou de consultation éthique doivent être établies.
- Chaque famille aura la **possibilité d'une consultation avec un pédiatre spécialiste**, connaissant bien l'état de santé de l'enfant, ainsi que les traitements et les options thérapeutiques.

1.3.5. GESTION DES SOINS

- Le **domicile familial doit rester le centre des soins autant que possible**.
- **En cas d'hospitalisation ou de transfert dans une maison de répit**, les enfants doivent être pris en charge par une **équipe formée à la pédiatrie**, dans un **environnement centré sur l'enfant**, avec d'autres enfants ayant les même besoins qu'eux. Les enfants **ne doivent pas être hospitalisés dans des services d'adultes ou des services de Soins Palliatifs adultes**.
- Chaque famille doit pouvoir bénéficier d'une **équipe de soins palliatifs pluridisciplinaire à domicile**, qui comporte au moins, un pédiatre, un infirmier, un travailleur social, un psychologue et un conseiller spirituel ou religieux.
- **Chaque famille a le droit à un référent désigné**, qui lui permettra de construire un **système de soutien adapté**.

1.3.6. SOINS DE REPIT

- La **prise en charge de la fratrie, dès l'annonce du diagnostic, doit être une partie intégrante des soins palliatifs**.
- Un **accompagnement du deuil doit être possible** pour toute la famille, aussi longtemps que nécessaire.
- Chaque enfant ou famille doit pouvoir **bénéficier d'un accompagnement religieux ou spirituel.**
- Chaque famille doit avoir accès à des **conseils spécialisés** pour obtenir une **aide matérielle ou financière, ou une aide ménagère à domicile dans des périodes difficiles**.

1.4. SYMPTOMES ET SPECIFICITES

1.4.1. SYMPTOMES

Douleurs

Asthénie, immobilité

Pulmonaires :

- Hypersécrétion
- Dyspnée
  - **A noter : la FR cible est différente de celle de l'adulte :**

Nouveau-né	**30 à 50** cycles/minute
1 an	30 à **40** cycles/minute
4 ans	**20 à 30** cycles/minute
Adolescent	**12 à 20** cycles/minute

- Toux, hoquet rebelle

Neurologiques :

- Agitation, délirium
- Confusion
- Myoclonie, dystonie spastique
- Epilepsie
- Inversion du cycle nycthéméral, troubles du sommeil

Psychologiques – psychiatriques :

- Dépression
- Anxiété, troubles anxieux généralisés
- Autres : phobies, troubles obsessionnels compulsifs, panique

Digestifs :

- Sécheresse de la bouche et ulcérations buccales
- Dysphagie
- Nausées, vomissements
- Anorexie, cachexie
- Déshydratation
- Troubles du transit : constipation, occlusion, diarrhée

1.4.2. TRAITEMENT

- Les traitements sont **spécifiques pour chaque symptôme** et seront abordés au sein de chaque item pédiatrique.
- Il respose sur des **thérapeutiques proche de l'adulte** (cf item 137) cependant elles **doivent être adaptées en terme de contre-indications et de doses**. Certaines classes médicamenteuses sont à privilégier :
  - **Douleur** (cf item 134)
  - **Agitation : neuroleptiques** (Halopéridol, Rispéridone ou Olanzapine)
  - **Dyspnée : morphine, midazolam,** de préférence par voie **per os ou sublinguale**, éventuellement intra-rectal.
- Les **objectifs** des thérapeutiques sont :
  - **Absence de douleur**
  - **Absence de dyspnée** et **fréquence respiratoire régulière**
  - **Absence d'agitation et de complications neurologiques**
  - **Traiter les signes digestifs**
  - **Soutien psychologique** et mise en place de **repères fixes**

1.4.3. SPECIFICITES EN PERIODE NEONATALE

Les situations pouvant relever de soins palliatifs en période néonatale sont **spécifiques** et se présentent dans **certains cas** :

- **Malformations létales** à court terme
- **Pathologies létales** à court terme
- **Prématurié extrême < 26 SA** et les **complications** associées
  - Prise en charge seulement si « personne juridiquement viable » : **≥ 22 SA et > 500 g**
- **Complications néonatales** de type **asphyxie sévère**
  - Limitation des soins possible **sans** avis parental si projet thérapeutique initialement curatif **et** perte de ce projet curatif dans un second temps.

A noter : avant sa naissance, le fœtus n'est **pas considéré comme une personne juridique**.

2. SOINS PALLIATIFS EN REANIMATION

2.1. PRINCIPES DE REFLEXION ET DE DECISION

2.1.1. EN AMONT DE LA REFLEXION CONCERNANT LE NIVEAU D'ENGAGEMENT THERAPEUTIQUE

- Etablir un **projet thérapeutique, régulièrement réévalué**
- **Noter dans le dossier** les éléments anamnestiques, cliniques et évolutifs
- Prévoir un **espace de communication et de réflexion au sein de l'équipe**
- Diffuser un **livret d'accueil** et assurer la qualité d'accueil des proches
- Prévoir un **temps d'information et de communication avec les familles**

2.1.2. LORS DE LA REFLEXION CONCERNANT LE NIVEAU D'ENGAGEMENT THERAPEUTIQUE

- **Responsabilité du médecin (co-responsabilité du chirurgien)**
- **Initiation de la réflexion** par toute personne impliquée dans la prise en charge du patient (y compris le patient, la personne de confiance, la personne référente ou les proches) **en cas d'évidence ou de suspicion d'obstination déraisonnable**
- Procéder à **une réflexion collégiale en cas d'inaptitude du patient à consentir**
- Est considéré apte à consentir un patient apte à exprimer ses choix, à apprécier la situation, à comprendre les informations reçues et à les utiliser de manière rationnelle
- Prévoir deux niveaux de réflexion (concernant d'une part la décision, d'autre part ses modalités)
- Intégrer les **souhaits exprimés par le patient**, directement ou non, **dans ses directives anticipées ou non**, dans la réflexion
- Impliquer la **personne de confiance** ou, à défaut, la personne référente ou les proches

2.2. PROCESSUS DE DECISION DE LIMITATION OU D'ARRET DES TRAITEMENTS (LAT) LOI DU 22 AVRIL 2005

- La concertation en **équipe pluridisciplinaire** est nécessaire pour éclairer la décision médicale ; néanmoins, le consensus n'est pas une garantie, en soi, du bien-fondé de la décision de sédation.
- La tenue d'une **réunion pour une procédure collégiale doit être possible quel que soit le lieu de soin**
- Les arguments développés lors de la concertation pluridisciplinaire, la décision qui en résulte et ses modalités d'application sont **inscrits dans le dossier du patient**.





- Il est **recommandé d'anticiper,** autant que possible, les situations pouvant amener à sa mise en œuvre.
- Avant toute mise en œuvre de celle-ci , il est recommandé de discuter la poursuite de la ou des suppléances artificielles éventuelles (y compris de la nutrition et de l'hydratation).
- Dans tous les cas, il faudra privilégier :
  - **Soins de confort** et **respect de la dignité** du patient
  - **Accompagnement des proches**
  - **Traçabilité** des différentes étapes du processus décisionnel

2.2.1. PATIENT APTE A CONSENTIR

Possibilité de refus de traitement du patient

Responsabilité du médecin en **charge d'assurer les meilleures conditions de réflexion au patient** :

- Dispenser une **information exhaustive** sur les **bénéfices** et les **risques** de la stratégie proposée
- Instaurer un **dialogue approfondi**
- **S'assurer de la parfaite compréhension** des enjeux par le patient
- Faire intervenir un tiers extérieur si besoin

2.2.2. PATIENT INAPTE A CONSENTIR

Possibilité de LAT à la condition de mettre en œuvre la procédure de réflexion collégiale, pouvant être déclenchée à la demande du **patient lui-même**, de sa **personne de confiance** ou à défaut de la famille ou l'un des proches

Responsabilité du médecin en charge dans la prise de décision (co-responsabilité du chirurgien) :

- Assurer une **concertation avec l'équipe médicale**, paramédicale en charge du patient
- Rechercher **d'éventuelles directives anticipées**
- Consulter la **personne de confiance**, la **personne référente, la famille ou à défaut les proches**
- Solliciter **un avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant.** Celui-ci **ne doit pas avoir de lien hiérarchique** avec le médecin en charge du patient.

2.3. ARRET DU SUPPORT VENTILATOIRE

- Deux techniques se distinguent dans leurs modalités et leurs effets : l'extubation « première » et l'arrêt de la ventilation mécanique
- **Dans tous les cas, l'objectif doit être de permettre le confort du patient tout en évitant de prolonger une agonie difficilement ressentie par l'ensemble des intervenants**

2.3.1. L'EXTUBATION « PREMIERE »

- L'avantage de cette technique, par une **procédure claire et sans ambiguïté**, est de ne pas prolonger un processus inéluctable en restaurant un déroulement plus naturel de la fin de vie. **Elle nécessite la parfaite compréhension et l'adhésion des proches et des membres de l'équipe**, faute de quoi la procédure pourrait s'avérer traumatisante. Son caractère abrupt peut être cause d'un **traumatisme psychologique** pour des proches et un personnel paramédical non préparés.
- L'extubation nécessite une **présence particulièrement soutenue du personnel paramédical** auprès du patient. Elle implique donc de s'assurer de la disponibilité et de l'acceptation du personnel paramédical qui sera alors en charge du patient.
- Le **médecin senior en charge du patient doit être présent durant toute la procédure d'extubation**.
- Les **proches peuvent être présents s'ils le souhaitent**. Ils seront informés du déroulement de la procédure dans tous les cas.

- Il est indispensable de **préparer l'extubation** afin d'en optimiser les conditions en réduisant le risque de survenue de râles agoniques, principal risque du vécu difficile de cette extubation par les familles et les soignants :
  - En **diminuant l'apport hydrique** dans les 24h précédentes.
  - En utilisant des **patch de scopolamine** ou de la scopolamine en IV si cela n'a pas pu être prévu 24h plus tôt.

2.3.2. L'ARRET DE LA VENTILATION MECANIQUE

- L'arrêt de la ventilation mécanique consiste en la **diminution progressive ou rapide de la FiO2 et/ou de la fréquence respiratoire et/ou du volume courant et/ou de la pression expiratoire positive, pouvant aller jusqu'au débranchement du respirateur.**

2.4. LAT EN REANIMATION

- **50% des décès en réanimation** font suite à une LAT.
- Les **LAT** concernent environ **10% des patients de réanimation**, et ne sont pas systématiquement suivies d'un décès.

2.5. LA LIMITATION OU L'ARRET DES APPORTS (HYDRATATION ET NUTRITION ARTIFICIELLE)

- L'**hydratation** et la **nutrition artificielle** ne sont **pas considérés comme des soins de base mais comme des traitements**. Leur limitation/arrêt est donc possible.
- La réduction de l'hydratation ou la prescription de médicaments visant à réduire les sécrétions peut, dans certaines conditions, améliorer le confort du patient, en particulier par la diminution de l'encombrement bronchique. Le **médicament recommandé est la scopolamine sous forme de patch dermique ou en intraveineux**. La **sécheresse des muqueuses qu'il induit doit être prévenue**.
- La **nutrition artificielle**, lorsqu'elle a été introduite initialement dans le cadre des bonnes pratiques de réanimation, **doit être interrompue lors d'un arrêt de traitements s'inscrivant dans une fin de vie**. Elle peut par contre être poursuivie dans le cadre d'une stratégie de limitation des traitements, qui n'exclut pas la survie à l'issue du séjour en réanimation ou à l'hôpital.
- Une attention particulière doit donc être portée au **confort du patient** dans ces situations.

Conférences de consensus – Recommandation ITEM 139 140

Année	Source	Titre
2002	SRLF	Limitations thérapeutiques
2005	Loi	Loi du 22 avril 2005 sur les droits du malade et la fin de vie
2008	SRLF	Actualisation limitations et arrêts des thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte
2016	Loi	Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Sujets tombés à l'ECN ITEM 139 140

Année	Contenu
2016	Patient de 74 ans, cancer métastatique. Introduction d'un traitement opioïde (dose, prévention de la constipation), antalgique spécifique des douleurs neuropathiques, refus de traitement par le patient et réaction du médecin, obstination déraisonable, personne de confiance, procédure collégiale, consultant, directives anticipées, prescriptions anticipées





Chapitre 18

UE 5
Item 141

DEUIL NORMAL ET PATHOLOGIQUE

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- ***Distinguer un deuil normal d'un deuil pathologique et argumenter les principes de prévention et d'accompagnement.***

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- ***Deuil normal comportant 3 phases : choc (quelques heures à quelques jours), décharge émotionnelle (< 1 an), puis résolution (en général dès le 6e mois, possible jusqu'à 1 an avant de parler de deuil pathologique)***
- ***Deuil compliqué***
- ***Deuil pathologique : fixation à une étape du deuil***
- ***Principes de prévention et d'accompagnement***

Pour mieux comprendre

- Le deuil provenant du latin « dolus » (signifiant douleur) se définit comme l'ensemble des réactions physiques, psychologiques, affectives et comportementales survenant à la suite de la perte d'une personne aimée. Par extension, il peut concerner une situation voire une possession (perte d'un statut, par exemple perte de son autonomie)
- Le deuil est un phénomène naturel qui comporte différentes phases psychologiques nécessaires à l'acception de la disparition du proche
- Dans certains cas, le deuil ne respecte pas ce processus naturel de réorganisation psychique et physique, il est alors définit d'anormal. On retient dans cette entité les deuils compliqués, les deuils pathologiques (psychiatrique ou somatique) ainsi que les troubles du comportement
- Le deuil n'est pas une maladie mais un « processus psychique » naturel
- Le travail de deuil correspond à l'ensemble du travail, nécessaire à l'acceptation de la perte de la personne disparue.

Plan du chapitre :

1. Deuil normal et spécificités liées à l'âge
2. Deuil compliqué
3. Conduite pratique

ITEM 141

1. DEUIL NORMAL

1.1. DEFINITION

Deuil :

- Ensemble des **réactions cognitives, émotionnelles, fonctionnelles, comportementales et socioculturelles** survenant **à la suite d'une perte**

Résilience : capacité à se réorganiser après un traumatisme

1.2. DEROULEMENT

1.2.1. PHASE DE CHOC

- Phase **initiale de sidération / déni**
- Initialement constant **puis par « vagues »**
- **Emotions négatives secondairement associées à des émotions positives (ces dernières étant parfois vécues avec culapabilité**. Néanmoins elles favorisent le processus de deuil)
- Dure quelques heures à quelques jours

1.2.2. PHASE DE DECHARGE EMOTIONNELLE

- Pseudo-dépression **centrée sur la perte**
- Charnière entre une **transition physiologique (« résolution ») ou non**
- **Durée < 1 an**

1.2.3. PHASE DE RESOLUTION

- Débute en général vers le 6e mois

Deuil compliqué :

- SOIT deuil **« prolongé » ≥ 1 an (6 mois chez l'enfant)**
- SOIT apparition d'un **trouble psychique au cours du deuil**

1.3. CONSEQUENCES

Biologiques :

- Le deuil est une période de **fragilité biologique,**
- Il est associé à **davantage de complications**
- Le risque de décompensation d'une pathologie chronique dans les semaines suivant celui-ci est important

Psychologiques :

- Une **souffrance :** secondairement associée à des émotions positives
- Des stratégies d'adaptation :
  - Matures : acceptation, rationalisation, distraction, foi en dieu
  - Immatures : évitements, isolement, addictions
- Une **culpabilité** (avec **ambivalence si colère**)
- Une **acceptation de la réalité**
- Attention à certains phénomènes possibles **non pathologiques :**
  - Hallucinations auditives et visuelles à la phase initiales
  - Impression d'entretenir une discussion avec le défunt
  - Sentiments de présence

Sociales :

- Redéfinition des rapports socio-affectifs
- Remariage **fréquent dans les 2 ans, surtout chez les hommes**

1.4. TRAVAIL DE DEUIL

- **Reconnaissance de la réalité de la perte :**
  - Souvent **non immédiate**
  - **Favorisée par :**
    - **Rituels organisés** autour du défunt (évocation du défunt)
    - **Confrontation avec le cadavre** du décédé
    - Participation aux **funérailles**
  - A l'origine de **détresse et de souffrance**
- **Renforcement des liens intérieurs avec la personne perdue :**
  - Réalisé au travers de la **reviviscence des souvenirs**
  - Permettant le **détachement** vis-à-vis de la personne disparue
- **Prise en compte des sentiments inconscients de culpabilité :**
  - Responsable en partie de la **douleur**
  - Il s'agit d'une **transformation de la relation qui existait avec la personne décédée**
  - La difficulté vient du **renoncement** à un avenir commun qui n'est plus possible

1.5. SPECIFICITES LIEES A L'ÂGE

1.5.1. ENFANT

Souvent indifférence initiale puis aggravation dans un 2e temps

- Colère et peur de l'abandon plutôt que tristesse
- Hostilité contre le défunt ou le parent survivant (qui pourrait l'abandonner)
- Jeux impliquants la mort

Manifestations selon l'âge :

- **< 2 ans :** perte du langage, stress diffus
- **< 5 ans :**
  - Troubles des sphincters (continence diurne normale = 18-30 mois)
  - Troubles du sommeil, troubles du transit
- **> 5 ans :** Phobies, Hypocondries, hypermature ou chute des performances scolaires
- → Risque de troubles psychiatriques notamment dépressif à l'âge adulte

1.5.2. CONDUITE A TENIR CHEZ L'ENFANT

Expliquer clairement à l'enfant :

- **Qu'il n'est pas responsable**
- **Qu'il n'est pas en danger de mourir**
- Qu'il doit continuer à s'occuper de lui
- Qu'il doit continuer à aimer le décédé

Le comportement à adopter envers l'enfant est :

- **Le faire participer activement**
- **Laisser s'exprimer l'enfant**
- **Eviter le sentiment de culpabilité**
- Evaluer le **changement de mode de vie**
- **Surveiller** l'apparition de complications

1.5.3. SUJET AGE

Particularités :

- « Equivalents de deuils » +++ (Perte d'autonomie, EPHAD…)
- L'Âge n'est pas en soi un facteur de risque, mais l'isolement oui.

Risque suicidaire :

- Les sujets agés et **principalement les hommes sont à risque suicidaire +++**
- Avec l'âge, le nombre de **suicide « réussi » augmente**
- Il y a environ 200 tentatives pour un suicide chez les adolescents
- Alors qu'il y a environ **30 tentatives pour un suicide chez le sujet âgé**

Prise en charge :

- Attention chez le sujet âgé à débuter les antidépresseurs de façon progressive
- **Risque de SIADH avec les ISRS (faire un ionogramme sanguin à 1 semaine)**

ETAPES DU DEUIL NORMAL

N	PHASES	PRINCIPES	CONTENU	TEMPS
1	CHOC	**Impact** **Hébétude** **Stupéfaction** **Détresse** **Déni défensif** **Incrédulité**	**Emotionnel et affectif :** • Retardé : torpeur et anesthésie • Immédiat : pleurs • Non accepté : déni **Physique et comportemental:** • Asthénie • Anorexie • Insomnie **Relationnel et social**	Quelques **heures** à Quelques **jours**
2	DECHARGE EMOTIONNELLE	**Dépression** **Repli**	**Emotionnel et affectif :** • Tristesse • Culpabilité • Irritabilité • Honte • Sentiment de vide • Sentiment de colère **Physique et comportemental:** • Asthénie • Anorexie • Insomnie • Baisse de la libido • Identification inconsciente au décédé • Perception sensorielle hallucinatoire **Relationnel et social :** • Retrait • Désinvestissement • Habitudes de travail	Quelques **jours** à Quelques **semaines**
3	RESOLUTION	**Soulagement** **Récupération** **Restitution** **Guérison** **Adaptation**	• L'acceptation de la perte du mort • Rétablissement des intérêts habituels • Retour à un mieux-être psychique et somatique	Quelques **semaines** à Quelques **mois**



Colère et culpabilité traduisent l'ambivalence de l'endeuillé :

- **Culpabilité** : sentiment de n'avoir **pas fait tout ce qui était en son pouvoir** à l'égard du décédé
- **Colère** : sentiment d'avoir été **injustement abandonné** par lui

ITEM 141

2. DEUIL COMPLIQUE

2.1. DEFINITIONS

- Deuil compliqué = Deuil pathologique (simplification de la définition)
- On parle de deuil compliqué lorsque la phase de résolution n'est pas atteinte au bout de **12 mois (6 mois chez l'enfant)** ou lorsqu'apparaissent des **troubles psychiques**

2.2. FACTEURS DE RISQUE

- **Terrain :** trouble de la personnalité, vulnérabilité psychologique
- **Circonstances du décès :** brutal, suicide, homicide
- **Circonstances de l'annonce** : brutale, par accident
- **Relation avec le défunt :** ambivalcence ++ (« Unfinished Business »)
- Absence du sujet au moment du décès, corps non retrouvé

2.3. DEUIL COMPLIQUE PERSISTANT

Définition :

- Symptômes **significatifs et disproportionnés** (comparé aux rites et à la culture du sujet)
- Responsable d'une **incapacité fonctionnelle importante**
- Pratiquement **tous les jours pendant ≥ 1 an** (6 mois chez l'enfant)

Symptômes typiques :

- Nostalgie et rumination envahissante
- Réactions de détresse intenses
- Perturbations marquées des relations sociales
- Responsable d'une incapacité fonctionnelle importante

2.4. EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE

Généralités

- Concerne **1/3 des endeuillés à 1 mois et 1/4 à 1 an**
- Deuil sans periodes **d'émotions positives ou centré sur soi = EdC**
- Dépuis la parution du DSM-V, on peut parler d'**Episode Dépressif Caractérisé à partir de J15 du début du deuil (ce qui correspond en fait à la durée classique pour pouvoir parler d'EdC)**

DEUIL NORMAL	EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE
• Sentiment de perte	• Humeur dépressive persistante • Incapacité à anticiper des moments joyeux
• Emotions négatives par accès • Periodes d'affects positifs • Rumination centrée sur le défunt • Estime de soi préservée	• Emotions négatives permanentes • Tristesse permanente • Autodépreciation • Altération de l'estime de soi
• Suicide pour « rejoindre le défunt »	• Suicide par sentiment d'inutilité
• PEC = possible psychothérapie	• PEC = Comme un EdC classique

2.5. AUTRES TYPES DE DEUILS COMPLIQUES

- Suicide : risque x50 chez les hommes et x10 chez les femmes la 1ère semaine
- Autres tableaux psychiatriques : Insomnies, Anorexie, Plaintes somatiques, ESPT

3. CONDUITE PRATIQUE

3.1. PRISE EN CHARGE D'UN DEUIL

3.1.1. CONSULTATION DE L'ENDEUILLE

Atitudes :

- **Accompagnement jusqu'à la fin du travail de deuil**
- **Verbalisation et expression des émotions**
- Ne pas tenter de consoler à tout prix
- Association d'aide et groupe de parole
- Rarement traitement antidépresseur
- **Détecter et prévenir les sujets à risque :**
  - Facteurs de risque de deuil pathologique
  - Pathologie chronique à risque de décompensation
  - Sujet à haut risque cardiovasculaire (« SCA post deuil »)
  - Pathologie psychiatrique à risque de décompensation

Prise en charge médicale :

- Médicalisation **NON INDISPENSABLE si deuil simple**
- Psychothérapie de soutien
- Antidépresseurs en 2e intention

3.1.2. PRISE EN CHARGE MEDICALE

Deuil Normal :

- Médicalisation NON INDISPENSABLE si deuil simple
- Psychothérapie de soutien
- Antidépresseurs en 2e intention
- **Anxiolytiques si besoin :**
  - Benzodiazépines ponctuelles
  - Ou autres anxiolytiques (Etifoxine, Carbamate, Bêta-bloquants, anti-histaminiques, Buspirone)
  - **Les BZD sont utilisables en cas d'Etat de stress aigu (< 1 mois)**
  - **En revanche elles sont contre-indiquées en cas d'Etat de stress post-traumatique (> 1 mois)**

Episode dépressif caractérisé :

- Prise en charge similaire à un EdC classique
- **EdC léger :** Psychothérapie seule en 1ère intention
- **EdC modéré** : ISRS ou IRSNa
- **EdC Sévère** : Antidépresseurs tricycliques

Conférences de consensus – Recommandations ITEM 141

Année	Source	Titre
-	-	-

Sujets tombés à l'ECN ITEM 141

Année	Contenu
2005	Cancer colique avec métastase hépatique
2006	Cancer bronchique à petites cellules avec syndrome cave supérieur
2008	Anorexie mentale / Deuil pathologique chez un adolescent Prise en charge

Chapitre 19

UE 7
Item 195

SYNDROME DOULOUREUX REGIONAL COMPLEXE (EX ALGODYSTROPHIE)

Les objectifs du CNCI pour l'iECN

- *Diagnostiquer un syndrome douloureux régional complexe*
- *Connaître les principes généraux du traitement*

MOTS-CLES et REFLEXES GENERAUX

- *Algodystrophie*
- *Diagnostic d'élimination*
- *Phases chaude / froide / atrophique*
- *Rééducation active aidée, précoce*
- *Respect de la règle de non-douleur*

Pour mieux comprendre

- Le Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC) est une réaction douloureuse régionale disproportionnée à un événement nociceptif généralement traumatique,
- Il est habituellement réversible, mais d'évolution longue et en plusieurs phases.
- Le diagnostic de SDCR est clinique et, étant un diagnostic d'élimination, il nécessite d'éliminer les diagnostics différentiels (arthrite infectieuse, micro-cristalline,...) par des examens cliniques et paracliniques.
- Son traitement repose avant tout sur une rééducation active précoce basée sur la règle de la non-douleur, et permise par un traitement antalgique efficace.

Plan du chapitre :

1. Généralités
2. Etiologies
3. Diagnostic clinique
4. Evolution
5. Diagnostics différentiels
6. Examens complémentaires
7. Prise en charge thérapeutique





1. GENERALITES

1.1. DEFINITIONS

- **Le Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC)** est une **réaction douloureuse régionale disproportionnée à un événement nociceptif, (mais formes « idiopathiques » ou « primaires » dans < 25% des cas)**
- **Réversible dans 90% des cas,**
- Mais persistant généralement **12 à 24 mois**.
- Il se caractérise par :
  - Une **douleur (symptome constant) articulaire et périarticulaire**
  - Un **enraidissement progressif**
  - Des **troubles vasomoteurs**
- On distingue :
  - le SDRC de **type 1, ou algodystrophie**, dont les symptomes n'ont **pas de systématisation** neurologique particulière, souvent **secondaire à un événement douloureux**,
  - et le SDRC de **type 2, ou causalgie**, provoqué par une **lésion nerveuse** objective et dont les symptômes suivent donc un **territoire neurologique** particulier. (typiquement compression nerveuse post-opératoire etc.)
- Le SDRC est un **diagnostic d'exclusion.**

1.2. EPIDEMIOLOGIE

- L'incidence du SDRC est de l'ordre de 5 à 25 /100.000
- Il est **possible à tout âge** mais survient particulièrement chez l'adulte de **50 à 70 ans**,
- Avec une prédominance **féminine (3/1).**
- Les SDRC sont généralement **secondaires (90%).**
- Une prédisposition génétique est probable (HLA DR6, DR13, DQ8, B62).

1.3. PHYSIOPATHOLOGIE

- La physiopathologie est encore mal connue,
- Mais on observe parfois, après un tramatisme, une **réaction inflammatoire locale disproportionnée,**
- Entrainant une **libération excessive** à la fois centrale et périphérique **de neuropeptiques excitateurs**
- A l'origine d'une sensibilisation centrale et périphérique.
- La **dysfonction du système sympathique** engendre les **troubles vaso-moteurs** observés.

2. ETIOLOGIES

2.1. CAUSES TRAUMATIQUES

- Dans la **majorité des cas (40%)** les SDRC font suite à un **traumatisme (fracture, chirurgie, arthroscopie…)**, parfois minime (**entorse, tendinite**)
- Il n'y a **pas de corrélation entre la gravité du traumatisme déclenchant et l'intensité du SDRC**.
- **Localisation distale particulièrement** et **2 fois plus fréquentes au membre inférieur**
- Ce dernier apparaît moins de 3 mois après.

2.2. CAUSES MEDICAMENTEUSES

- **Barbituriques** dont le **Phénobarbital** (Gardenal®)
- **Isoniazide**
- **Iode radioactif**
- Indinavir

Remarque : Algodystrophie bilatérale d'épaule = évoquer Phénobarbital

2.3. AUTRES CAUSES ENDOGENES

Atteintes **neurologiques**
- **Accident Vasculaire Cérébral**
- Sclérose en plaque
- Compression nerveuse périphérique (**syndrome du canal carpien**)
- Zona

Atteintes **tumorales**
- **Tumeur intra-thoracique**
- Leucémie, lymphome

Atteintes **métabolique**
- **Diabète**
- **Dysthyroïdies**
- **Hypertriglycéridémie**
- **Hyperuricémie**

Atteintes **viscérale**
- **Arthrite**
- **Infarctus du myocarde**, péricardite
- **Thrombose veineuse profonde**

Cause obstétricale : grossesse au 3ème trimestre (Algodystrophie de hanche)

A noter : les symptomes anxio-dépressifs ne favorisent pas la survenue des SDRC mais ils peuvent y être secondaires

3. DIAGNOSTIC CLINIQUE

3.1. DIAGNOSTIC POSITIF

- Comme son nom l'indique (« syndrome »), **le diagnostic de SDRC est CLINIQUE,**
- Basé sur les **« critères de Budapest »**

3.2. SIGNES NEGATIFS

- **Absence de signes généraux**
- **Pas d'adénopathies**

3.3. DOULEUR

- **Symptome constant**
- **Douleur loco-régionale permanente d'horaire MECANIQUE** à type de brûlure ou constriction
- Aggravée par l'orthostatisme

3.4. TROUBLES NEUROLOGIQUES

Troubles sensitifs

- Troubles de la **sensibilité tactile** :
  - **Hypoesthésie**
  - **Ou hyperalgésie** : douleur provoquée par un stimulus habituellement **peu douloureux**
- **Allodynie** (mécanique ou thermique) : douleur lors d'un **stimulus normalement indolore**

Troubles moteurs

- Diminution de la force, de la vitesse et de l'amplitude musculaire.
- Amyotrophie rapide
- **Tremblements** : posturaux et d'action
- Dystonie : rare, **de mauvais pronostic**

Troubles vaso-moteurs sympathiques

- **Erythrocyanose** avec **anomalie thermique cutanée**
- **Œdème** douloureux ne prenant pas le godet
- **Hypersudation**

3.5. TROUBLES TROPHIQUES

- De survenue **tardive**
- **Ongles fragiles**
- **Peau fine et luisante,** Hypertrichose
- **Rétractions musculaires et capsulo-ligamentaires**

3.6. TROUBLES COGNITIFS

- **Pseudo-négligence segmentaire : exclusion** du segment atteint **du schéma corporel**

3.7. FORMES TOPOGRAPHIQUES

- **Syndrome épaule-main** :
  - Post-**AVC** ou post-**IDM,**
  - On peut aussi l'observer en cas de traumatisme, de **pathologie intra-thoracique** ou de **traitement par Phénobarbital**
- **Capsulite rétractile** secondaire à une pathologie dégénérative de l'**épaule**
- **SDRC de hanche** possible au **3ème trimestre de grossesse**

4. EVOLUTION

4.1. GENERALITES

- L'évolution est spontannément **favorable** dans **90% des cas,**
- **Et dure généralement 1 à 2 ans**,
  - Mais elle peut néanmoins persister **plusieurs années** et laisser des **séquelles atrophiques durables**.
- **3 phases** se succèdent généralement dans l'évolution d'un SDRC :
  - Une phase **chaude,**
  - Une phase **froide,**
  - Et une phase **atrophique séquellaire.**

4.2. PHASE CHAUDE

- Se présentant comme un tableau d'**« arthrite sans arthrite »** de **début progressif**,
- La phase chaude d'un SDRC peut durer de quelques jours à 6 mois. (en moyenne elle dure 2 mois)
- La **douleur** est **intense, permanente,** et son **retentissement fonctionnel important**.
- On retrouve un **œdème érythémateux, chaud** et une **hypersudation.**

4.3. PHASE FROIDE

- **Inconstante,** cette phase survient quelques semaines après la précédente et dure jusqu'à la guérison (après 12 à 24 mois).
- La douleur peut rester permanente ou être uniquement provoquée qu'à la mobilisation.
- A l'inverse de la chaude on observe ici une **peau cyanique, froide.**
- Les **troubles trophiques** font leur apparition.
- **A noter : Les enfants et les adolescents présentent fréquemment des formes froides d'emblée.**

4.4. PHASE ATROPHIQUE

- **Non évolutive** et non douloureuse, cette phase se caractérise par des troubles trophiques cutanés et des phanères, et des rétractions musculaires et capsulo-ligamentaires.





ITEM 195

5. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

5.1. INFECTIEUX

- **Arthrite septique**
- Ostéomyélite

5.2. RHUMATOLOGIQUES

- Arthrite microcristalline
- **Arthrite rhumatismale**
- **Ostéonécrose**
- Maladie de Paget

5.3. ORTHOPEDIQUES

- Fracture sous-chondrale
- **Ostéonécrose**
- Contusion post-traumatique
- Syndrome des loges (en cas de plâtre)

5.4. NEOPLASIQUES

- **Tumeurs** osseuses primitives (bénignes ou malignes)
- Métastases osseuses
- Hémopathies malignes

5.5. VASCULAIRES

- Thrombose veineuse profonde

ITEM 195

6. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

6.1. DIAGNOSTIC POSITIF ET DE LOCALISATION

6.1.1. GENERALITES

- Comme mentionné précédemment, **le diagnostic de SDRC est CLINIQUE,**
- Les examens complémentaires ont pour but d'**éliminer les diagnostics différentiels**
- **Ils ne permettent ni d'évaluer la gravité, ni d'affirmer la guérison.**

6.1.2. ELECTROMYOGRAMME

- SDRC de **type 1** : normal, **non systématique**
- SDRC de **type 2** : atteinte neurogène, permet de **localiser la lésion**
  - **Attention :** l'EMG ***conforte*** le diagnostic de causalgie mais il ne le *pose/confirme* pas (le diagnostic est **clinique**)

6.2. EXAMENS BIOLOGIQUES

6.2.1. BIOLOGIE

- Doit être **NORMALE**
- **NFS, VS, CRP** : absence de syndrome inflammatoire
- **Bilan phospho-calcique :** pas d'anomalie
- **D-dimères** < 500 µg/L

6.2.2. PONCTION ARTICULAIRE

- **Si et seulement si doute avec une arthrite septique**
- Liquide mécanique stérile

6.3. IMAGERIES

6.3.1. RADIOGRAPHIES

- **Hypertransparence mouchetée locorégionale** (déminéralisation osseuse), de prédominance épiphysaire et sous-chondrale,
- **D'apparition retardée (4 semaines)**
- **Signes négatifs :**
  - **Absence de pincement de l'interligne articulaire** et d'érosion osseuse (arthrite)
  - Absence d'ostéophytes et d'ostéocondensation sous-chrondrale (arthrose)
- Leur normalité ne permet pas d'éliminer le diagnostic de SDRC.

6.3.2. SCINTIGRAPHIE OSSEUSE AU 99mTc

- Anomalies plus **précoces** que les signes radiographiques
- A la phase chaude = On observe une **hyperfixation** aux 3 temps (**vasculaire (précoce), tissulaire (intermédiaire) et osseux (tardif)**)
- A la phase froide = hypofixation précoce (vasculaire) et hyperfixation tardive (osseuse)
- Sa normalité ne permet pas d'éliminer le diagnostic de SDRC

6.3.3. IRM

- Actuellement **examen de référence,** l'IRM est **très sensible (90%)** mais **très peu spécifique (< 20%).**
- Ses anomalies sont plus **précoces** que les signes radiographiques,
  - Mais ils se normalisent rapidement
- Plusieurs signes non spécifiques non observables :
  - **Œdème osseux ostéomédullaire** : hyposignal T1, **hypersignal T2**, T2 STIR et T1 FAT SAT
  - **Œdème des tissus mous : hypersignal T2**, FAT SAT, **réhaussement par le gadolinium**
  - **Epanchement articulaire : hyper-T2**
  - Fracture sous-chondrale : bande linéaire sous chondrale en hyposignal T1 et T2, non réhaussée par le gadolinium
- Nécessaire en cas de SDRC de hanche afin d'éliminer une ostéonécrose débutante
- Sa normalité (formes froides d'emblée,...) ne permet pas d'éliminer le diagnostic de SDRC

Phase chaude = Déminéralisation	Phase froide = Ostéoformation
Début 2-4 semaines après l'évènement étiologique Durée ≈ 2 mois (< 6 mois)	Début possible d'emblée chez enfants/adolescents Durée ≈ 1-2 ans
Douleur mécanique Troubles moteurs, vaso-moteurs, sensitifs Troubles trophiques, Amyotrophie rapide	Troubles trophiques +++ Peau froide et cyanosée



Scintigraphie = hyperfixation aux 3 temps IRM = Œdème osseux + épanchement articulaire	Scintigraphie = hypofixation précoce, hyperfixation tardive IRM = NORMALE
Repos, décharge de l'articulation (Appui et déclivité CONTRE-INDIQUES) Pas d'immobilisation stricite Kiné douce précoce	Kiné douce précoce Piège diagnostique = Ostéoporose d'immobilisation (déminéralisation) qui disparait à la remise en appui

ITEM 195

7. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

7.1. TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

7.1.1. PRINCIPE

- La prise en charge antalgique des SDRC est centrale afin de **permettre une rééducation active aussi précoce que possible,**
- Réduisant alors les déficiences,
- Et permettant ainsi de réintégrer le segment atteint dans le schéma corporel et de limiter les troubles trophiques et ses séquelles fonctionnelles.

7.1.2. TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Aucun traitement n'a d'AMM dans l'indication « SDCR » ou « algodystrophie ».

Antalgiques et co-antalgiques

- En fonction de l'intensité de la douleur il est recommandé de prescrire du **paracétamol**, associé ou non à des **opioïdes faibles (palier 2).**
- **Les corticoïdes et les AINS ne sont pas recommandés.**
  - Des infiltrations de corticoïdes peuvent se discuter en cas de douleur intense gênant la rééducation.

Biphosphonates : Pamidronate IV

- **Anti-ostéoclatiques**, les médicaments de cette classe ont aussi un effet **anti-inflammatoire** et peuvent être utilisés en cas de forme sévère.

Gabapentinoïdes et antidépresseurs tricycliques

- Peuvent être proposés en cas d'hyperalgésie ou d'allodynie.

Autres : sont proposés calcitonine, propanolol, bains écossais…

7.1.3. CAS PARTICULIERS

Anesthésie loco-régionale :

- Les **blocs** par anesthésiques locaux peuvent être utilisés afin de limiter l'immobilisation post-opératoire.

Après une fracture du poignet :

- Prescription de **vitamine C** per os pendant **6 semaines**
- → Seul traitement préventif recommandé

7.2. PRISE EN CHARGE REEDUCATIVE

7.2.1. REEDUCATION A LA PHASE AIGU

- La mise au **repos** relatif est conseillée.
  - **Proscrire l'immobilisation stricte.**
  - En cas d'atteinte du **membre inférieur** on préconise **3 à 4 semaines de décharge complète avec reprise progressive de l'appui**.

- La **rééducation** est basée sur la **règle de non-douleur** : une rééducation douloureuse pouvant provoquer ou aggraver un SDRC,
  - En favorisant la mobilisation **active aidée** plutôt que passive : le patient étant le plus à même de sentir sa limite douloureuse.
- La **prévention des rétractions articulaires et musculaires**, et le **drainage de l'œdème** sont des objectifs kinésithérapeutiques importants.
- Les **bains écossais** et la **balnéothérapie** sont aussi des techniques validées.

7.2.2. REEDUCATION A LA PHASE CHRONIQUE

- **Le respect de la règle de la non-douleur est toujours crucial.**
- On s'attachera à **améliorer les amplitudes articulaires**.
- Des orthèses de posture peuvent parfois être discutées.

7.3. AUTRES THERAPEUTIQUES

7.3.1. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

- La douleur et les déficiences induites par le SDRC pouvant être durables, le **soutien psychologique** est important afin de prévenir les possibles **retentissements anxio-dépressifs**.

7.3.2. NEUROSTIMULATION

- La **neurostimulation transcutanée (TENS)** ou même la **stimulation médullaire** peuvent être proposées dans certains cas.

7.3.3. THERAPIE MIROIR

- Cette technique consiste à donner l'illusion au patient que son membre lésé effectue les mêmes mouvements que son membre sain.
- En cas de **pseudo-négligence segmentaire**, cela permet de diminuer la douleur et d'améliorer la récupération fonctionnelle.

Conférences de consensus – Recommandation ITEM 195

Année	Source	Titre
2008	HAS	Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient
2009	HAS	Evaluation des appareils de neurostimulation électrique transcutanée

Sujets tombés à l'ECN ITEM 195

Année	Contenu
2005	Pose de prothèse totale de genou droit dans un contexte de gonarthrose incapacitante. A J15, genou douloureux, tuméfié et rouge en permanence chez une patiente apyrétique, dans un contexte de kinésithérapie douloureuse. Diagnostics à évoquer et adaptation kinésithérapeutique.
2007	Fracture de l'extrémité inférieure du radius. A S6, douleur diffuse du poignet aggravée par les tentatives de mobilisation, avec œdème et chaleur locale. Diagnostic, description de radiographie, objectifs kinésithérapeutiques et rédaction de l'ordonnance
2014	AVP avec fracture comminutive ouverte de la jambe gauche, opérée. Complications locales à envisager dans les mois qui suivent





LISTES DES ABREVIATIONS

ABREVIATION	DETAIL DE L'ABREVIATION
AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personnes
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AES	Allocation d'Etude Spécialisée
AG	Anesthésie Générale
AGEFIPH	Association pour la GEstion des Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Handicapés
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupe Iso Rhésus
AJPP	Allocation Journalière de Présence Parentale
AL	Anesthésie Locale
ALD	Affection Longue Durée
ALF	Allocation Logement à caractère Familial
ALS	Aide au Logement à caractère Social
AP	Ateliers Protégés
APL	Aide Personnalisée au Logement
APP	Allocation de Présence parentale
BDI	Beck Depression Inventory
BZD	Benzodiazépine
CAMPS	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CAT	Centre d'Aide pour le Travail
CDES	Commission Départementale de l'Education Spéciale
CDTD	Centres de Distribution de Travail à Domicile
CHEOPS	Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale
CIDPH	Classification Internationale des Déficiences, incapacités et Handicaps
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
CLIS	Classe d'Intégration Scolaire
CMP	Centre Médico-Pédagogique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
COTOREP	COmmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel
DAS 28	Disease Activity Score
DCPC	Douleur Chronique Post-Chirurgicale
DEGR	Douleur Enfant Gustave-Roussy
ECPA	Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée
EDAAP	Echelle d'évaluation de l'expression de la douleur chez l'adolescent ou l'adulte polyhandicapé
EN	Echelle Numérique
EREA	Etablissements Régionaux d'Enseignement Adapté

ESS	Equipe de Suivi Spécialisé
EVA	Echelle Visuelle Analogique
EVA	Echelle Visuelle Analogique
EVENDOL	EValuation Enfant DOuLeur
EVS	Echelle Verbale Simple
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability
GIC	Carte macaron Grand Invalide Civil
HAD	Hospital Anxiety and Depression scale.
HAQ	Health Assessment Questionnaire
HDT	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HO	Hospitalisation d'Office
IEM	Institut d'Education Motrice
IME	Institut Médico-Educatif
IMP	Institut Médico-Pédagogique
IM-Pro	Institut Médico-Professionnel
IOT	Intubation Oro Trachéale
IVA	Intubation Ventilation Assistée
JO	Journal officiel
LCR	Liquide Céphalo-Rachidien
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS	Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire
MEOPA	Mélange d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote
MIF	Mesure d'Indépendance Fonctionnelle
NFCS	Neonatal Facial Coding System
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPS	Objective Pain Scale
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PPS	Projet Personnel de Scolarisation
QD	Quotient de Développement
QDSA	Questionnaire de Douleur de Saint Antoine
QI	Quotient Intellectuel
SDAI	Simple Disease Activity Index
SEGPA	Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
SEP	Sclérose En Plaques
SVA	Service pour la Vie Autonome
UPI	Unités Pédagogiques d'Intégration